

# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização Enfermagem Comunitária**

### **Promover, na Pessoa com Diabetes, o Autocuidado ao Pé**

**Maria José Castro Bento**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

## **Área de Especialização Enfermagem Comunitária**

### **Promover, na Pessoa com Diabetes, o Autocuidado ao Pé**

**Maria José Castro Bento**

**Orientador: Prof. António Jacinto Telo Major**

**2014**



## **LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Diabetes Mellitus

EECSP – Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FID – Federação Internacional da Diabetes

ITB – Índice Tornozelo Braço

IWGDF – International Working Group on the Diabetic Foot

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAI – Processo Assistencial Integrado

PcD – Pessoa com Diabetes

PD – Pé Diabético

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UC – Unidade Curricular

UP – Úlcera do Pé

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFSJ – Unidade de Saúde Familiar S. Julião

## RESUMO

O aumento das doenças crônicas como a Diabetes Mellitus tornou-se um grave problema de saúde pública, a nível mundial. O pé diabético é uma das complicações tardias mais graves, apresentando custos a nível físico, psicológico e socioeconómico para a pessoa com diabetes, família e sociedade em geral. A enfermagem comunitária assume um papel fundamental na educação da pessoa com diabetes, para o autocuidado ao pé diabético.

A intervenção comunitária, que aqui se relata, foi desenvolvida na USF S. Julião, entre setembro de 2013 e fevereiro de 2014, com a finalidade de promover na pessoa com diabetes o autocuidado ao pé. O projeto abrangeu 61 pessoas, tendo como base a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori & Giraldes e, como quadro conceptual a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

Na fase de diagnóstico, procedeu-se à aplicação do questionário sobre os fatores comportamentais, de Braz (2007). Os resultados encontrados identificaram défices de autocuidado, défices de conhecimentos na escolha dos materiais para o autocuidado ao pé e comprometimento do processo de tomada de decisão. A estratégia traçada foi a da Educação para a Saúde, fundamental na intervenção do enfermeiro comunitário, na medida em que promove a tomada de decisão e a aquisição de conhecimentos e competências, conduzindo à mudança de comportamentos favorecedores do uso de todo o potencial de saúde, da pessoa com diabetes.

Os indicadores de atividade demonstraram uma boa adesão e satisfação com as atividades desenvolvidas. Após as sessões foram avaliados os níveis de conhecimentos adquiridos que permitirão, no futuro, avaliar a sua operacionalização, traduzida numa mudança de comportamentos.

A realização deste projeto contribuiu para reconhecer a importância da educação para a saúde, na capacitação da pessoa com diabetes para o autocuidado ao pé e para o desenvolvimento de competências no âmbito da enfermagem comunitária.

**Palavres Chave:** Enfermagem Comunitária, Pessoa com diabetes, Défice de Autocuidado ao Pé, Planeamento em Saúde, Educação para a Saúde.

## **ABSTRAT**

The increase in chronic diseases such as diabetes mellitus has become a serious public health problem, worldwide. The diabetic foot is one of the most serious late complications, with a physical, psychological and socio-economic impact for the person with diabetes, their family and overall society. The community nursing plays a key role in educating the person with diabetes foot self-care.

Community intervention took place at USF S. Julião, between September 2013 and February 2014, with the purpose of promoting the person with diabetes foot self-care. The project included 61 people, based on Planning Process in Health according to Imperatori & Giraldes methodology and the Theory of Self-Care Deficit Nursing of Dorothea Orem conceptual framework.

In the diagnostic phase, we proceeded to the Braz (2007) questionnaire about the behavioral factors. The results identified deficits in self-care, deficits in the choice knowledge of the material to self-care to diabetic foot and impaired decision-making process.

The strategy drawn was health education, crucial to community nurse intervention, which promotes decision making, knowledge and skills acquisition leading to behaviour changes, favoring the use of the health potential of the person with diabetes.

The activity indicators showed good adherence and satisfaction with the activities. After the sessions, acquired knowledge were evaluated, which will in the future assess its operationalization, translated into behavior changes.

This project helped to recognize the importance of health education, training of the person with diabetes foot self-care and to develop skills in community nursing.

**Keywords:** Community Nursing, Person with diabetes, SelfCare Deficit Foot, Planning Process in Health, Education for Health.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1.Diabetes e o “Pé Diabético”	12
1.2.Epidemiologia	16
2.PESSOA COM DIABETES - AUTOCUIDADO AO PÉ	19
2.1.Diagnóstico de situação	19
2.1.1.População e amostra	22
2.1.2.Técnicas e procedimentos de colheita de dados	23
2.1.3.Questões éticas	24
2.1.4.Apresentação e análise dos dados	25
2.1.5.Diagnósticos de enfermagem	31
2.2.Determinação de prioridades	33
2.3.Fixação de objetivos	35
2.4.Seleção de estratégias/intervenções	37
2.5.Preparação operacional – programação	38
2.6.Avaliação	42
3.CONCLUSÕES	47
3.1.Limitações do projeto	47
3.2.Implicações/recomendações para a prática	48
3.3.Reflexão sobre competências adquiridas	49
3.4.Considerações finais	51
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**ANEXO 1** Exame sensorial dos pés

**ANEXO 2** Instrumento de colheita de dados - pé diabético: Diagnóstico Comportamental

**ANEXO 3** Instrumento de colheita de dados dos Valores de Risco de Úlcera de Pé Diabético

**ANEXO 4** Decreto-Lei n.º 113/2011

**ANEXO 5** Instrumento de colheita de dados - pé diabético: Diagnóstico Educacional

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

**APÊNDICE 1** Cronograma de Atividades

**APÊNDICE 2** Plano de sessão: “Apresentação do projeto à USFSJ”

**APÊNDICE 3** Instrumento de Colheita de Dados para Caracterização Sociodemográfica da População

**APÊNDICE 4** Consentimento livre e esclarecido

**APÊNDICE 5** Pedido de autorização à USF S. Julião

**APÊNDICE 6** Pedido de autorização ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras

**APÊNDICE 7** Pedido de autorização para utilização do questionário à Mestre M<sup>a</sup> Antonieta Braz

**APÊNDICE 8** Resultados da Caracterização Sociodemográfica da População

**APÊNDICE 9** Habilitações literárias

**APÊNDICE 10** Resultados da avaliação dos Valores de Risco de Úlcera de Pé Diabético

**APÊNDICE 11** Resultados do Questionário

**APÊNDICE 12** Resultado do Questionário Agrupado por Problemas

**APÊNDICE 13** Cronograma de GANT

**APÊNDICE 14** Plano de sessão: “Pé Diabético - Vamos cuidar melhor dos nossos pés”

**APÊNDICE 15** Plano de sessão: “Pé Diabético - Observação do pé diabético”

**APÊNDICE 16** Sessão de EpS: Pé Diabético Vamos cuidar melhor dos nossos pés

**APÊNDICE 17** Sessão de EpS: Pé Diabético - Observação do pé diabético

**APÊNDICE 18** Guia: “Um olhar sobre o Pé Diabético”

**APÊNDICE 19** Guia: “Pé Diabético - Proteja-o”

**APÊNDICE 20** Avaliação da Satisfação dos Utentes

**APÊNDICE 21** Indicadores de resultado



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Prevalência da diabetes, na população Portuguesa e Mundial, em pessoas com idades compreendidas entre os 20 – 79 anos	17
<b>Quadro 2.</b> Mortalidade associada à diabetes, na população Portuguesa e Mundial	18
<b>Quadro 3.</b> Complicações da diabetes, na população Portuguesa	18
<b>Quadro 4.</b> Custos diretos com a diabetes, na população Portuguesa e Mundial	18
<b>Quadro 5.</b> Pedidos de consentimento realizados	24
<b>Quadro 6.</b> Comparação dos parâmetros de avaliação da anamnese entre a população avaliada como tendo alto e baixo risco de úlcera do Pé Diabético	27
<b>Quadro 7.</b> Caracterização da população estudada em relação a alterações da pele e estrutura do pé	27
<b>Quadro 8.</b> Caracterização da população estudada em relação à presença de sinais de polineuropatia	28
<b>Quadro 9.</b> Caracterização da população estudada em relação à presença de sinais de isquemia	28
<b>Quadro 10.</b> Grelha de análise segundo Tavares (1990)	33
<b>Quadro 11.</b> Objetivo geral e específico, metas e indicadores de resultado do projeto	36
<b>Quadro 12.</b> Indicadores de processo	36
<b>Quadro 13.</b> Classificação em relação à satisfação dos utentes nas sessões de Educação para a Saúde	43
<b>Quadro 14.</b> Avaliação das respostas ao Autocuidado a realizar ao Pé Diabético	46
<b>Quadro 15.</b> Avaliação das respostas em relação aos materiais corretos para o Autocuidado ao Pé Diabético	46

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, ambicionando ser a narrativa das atividades desenvolvidas na Unidade Curricular - Estágio com Relatório e, espelho das competências adquiridas como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (EECSP).

O estágio foi realizado no espaço temporal que decorreu entre 30 de setembro de 2013 e 14 de fevereiro de 2014 no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras na Unidade de Saúde Familiar S. Julião (USFSJ). (apêndice 1)

Na prática diária de cuidados da mestranda e conhecendo os indicadores de saúde da sua população, esta tem tomado consciência do seu real estado de saúde, o que permitiu o planeamento mais consciente das áreas onde intervir. Uma das áreas de maior investimento da equipa de enfermagem da USFSJ tem sido a das doenças crónicas, como a Diabetes Mellitus (DM). A DM, com importantes consequências a nível da saúde pública e relacionada com a adoção de estilos de vida pouco saudáveis é sensível às intervenções de Educação para a Saúde (EpS) (Entidade Reguladora da Saúde, 2011), área primordial na prática do enfermeiro EECSP (Ordem dos Enfermeiros, 2010). As comorbilidades associadas à DM têm merecido a especial atenção da mestranda. Dentro destas, o “Pé Diabético” (PD) é uma das que apresenta maior custo a nível físico, psicológico, social e económico para a pessoa com diabetes (PcD), a sua família e a sociedade em geral. O PD é responsável por cerca de 60% das amputações realizadas em Portugal por causa não traumática (Entidade Reguladora da Saúde, 2011; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013) e a Direção-Geral da Saúde (DGS) estima que 25% das pessoas com diabetes possuem um risco potencial de desenvolver uma lesão nos pés, devido à presença de situação neuroisquémica ou neuropática. As características do PD fazem com que a sua abordagem tenha que incluir regimes terapêuticos em que as fronteiras entre os cuidados curativos, preventivos e a promoção da saúde se confundem (Organização Mundial da Saúde, 2008).

a saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde (World Health Organization, 1986).

Assim, foi desenvolvida uma intervenção comunitária usando como referencial teórico a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 1993) sabendo que, viver com uma doença crónica, como a DM, exige saber e habilidade específica para o autocuidado e que, a capacitação da PcD irá permitir-lhe controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde.

A metodologia usada foi a do Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes. Esta metodologia permite avaliar o estado de saúde de uma comunidade, estabelecer um plano que use os recursos de forma eficaz e eficiente, priorizando os problemas identificados e intervindo na sua causa, transformando de forma consciente tanto a população, com a mudança dos hábitos de saúde, como os profissionais de saúde pela alteração dos hábitos de trabalho (Imperatori & Giraldes, 1993; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A metodologia escolhida norteou também a estrutura do próprio relatório e, nesse sentido, no primeiro capítulo foi realizada a caracterização do foco de intervenção, transparecendo competências adquiridas em outras Unidades Curriculares deste mestrado. O segundo capítulo é constituído por todas as etapas do Planeamento em Saúde e no terceiro é realizada uma reflexão sobre o processo de aprendizagem. O referencial teórico, como linha orientadora de toda a intervenção realizada, encontra-se espelhado em toda a narrativa.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Diabetes e o “Pé Diabético”

A Diabetes é uma doença crónica não transmissível que ocorre quando o pâncreas não consegue produzir insulina suficiente ou o organismo não consegue utilizar a insulina de forma eficaz. Esta situação provoca hiperglicemias que, mantidas ao longo do tempo, causam danos em muitos sistemas do organismo com consequências graves, irreversíveis e responsáveis pela diminuição da qualidade de vida, incapacidades e morte precoce. (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009)

A literatura descreve diversos tipos de diabetes: Diabetes tipo 1, Diabetes tipo 2, Diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes. De diferentes etiologias mas com abordagens terapêuticas semelhantes que passam pela existência de uma dieta saudável, exercício físico regular e a associação a um regime medicamentoso que varia consoante o tipo ou estágio da diabetes entre a medicação oral simples, combinada e/ou administração de insulina. (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009)

As complicações provocadas pela DM são responsáveis pela diminuição da qualidade de vida, incapacidades e morte. As complicações são micro e macrovasculares. Os danos a nível microvascular têm consequências a nível dos olhos (retinopatia), dos rins (nefropatia) e sistema nervoso (neuropatia), com manifestações, também, a nível sexual e dos pés. As complicações macrovasculares manifestam-se a nível cardiovascular (World Health Organization, 2013).

O pé é uma das estruturas atingidas pelas complicações tardias da DM sendo das mais graves que ocorrem na PcD, “as lesões que atinjam preferencialmente os nervos ou vasos irão condicionar o aparecimento de um pé neuropático ou de um pé neuroisquémico.” (Ministério da Saúde, 2011 (a), p. 3).

O termo “pé diabético” abrange um conjunto de patologias incluindo a neuropatia diabética, a doença vascular periférica, a neuroartropatia de Charcot, a infeção, a ulceração e, a potencialmente prevenível, consequência final, a amputação.

Num pé neuropático existe lesão a nível dos:

- Nervos sensitivos – Neuropatia sensitiva – verifica-se “...diminuição ou perda de sensibilidade ao toque, da noção da posição corporal e da sensação de dor.” (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009, p. 134).
- Nervos motores – Neuropatia motora - “...condiciona deformações posturais com criação de novos pontos de apoio, passíveis de sofrer pressões muito elevadas, com formação de calosidades.” (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009, p. 134).
- Nervos autonómicos – Neuropatia autonómica - “...leva a alterações circulatórias, vasomotoras, perda de capacidade vasoconstritora dos capilares, facilitando o aparecimento de zonas de pele espessa e quebradiça.” (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009, p. 134).

A lesão do pé neuroisquémico divide-se em microangiopatia, esclerose de Mönckeberg e macroangiopatia que leva ao aumento da probabilidade de existência de isquemia.

Todas estas alterações a que o PD está sujeito podem ser avaliadas com vista à determinação do nível de risco a que o pé está sujeito. O risco de ulceração é classificado em 3 níveis, baixo, médio e alto.

A determinação do nível de risco a que o PD está sujeito é realizada através da observação do pé das PcD que deve incluir:

- “identificação de sinais de neuropatia e/ou isquémia”;
- “identificação de factores de risco condicionantes de lesões dos pés”;
- “inspeção de calçado e meias”. (Ministério da Saúde, 2011 (a)).

A neuropatia periférica distal manifesta-se primeiramente, a nível das fibras nervosas mais pequenas causando perda da sensação de dor e temperatura, progredindo para a diminuição da perceção da vibração e da sensibilidade superficial (sintomas negativos). Para determinação deste compromisso no pé da PcD deve realizar-se a **avaliação dos reflexos** aquilianos e rotulianos, a avaliação da componente vibratória pela utilização do **diapasão** de 128Hz (anexo 1), a avaliação da **sensibilidade superficial** com o algodão e a presença ou ausência de sensibilidade protetora com a determinação da perceção de pressão com o **monofilamento de Semmes-**

**Weinstein** (anexo 1) (International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF, 2007).

A nível da circulação periférica a avaliação dos **pulsos pedioso e tibial posterior** será fundamental. A sua ausência poderá ser significado da existência de isquémia do membro inferior (Schaper, et al., 2012).

O **Índice Tornozelo-Braço** (ITB) permite a avaliação da presença de doença arterial periférica correlacionando-se com o risco de ulceração e capacidade de cicatrização das feridas (International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF, 2007; Schaper, et al., 2012).

A presença de sintomas positivos: **claudicação**, parestesias ou dor nos membros inferiores, especialmente à noite e **dor em repouso** são manifestações da neuropatia dolorosa, uma forma mais rara da neuropatia sensitiva (International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF, 2007). A claudicação e/ou dor em repouso podem ser sinal de isquémia.

O PD apresenta diversas alterações que o tornam mais suscetível a lesões e **infecções**, como sejam o **edema**, a **pele seca** e descamativa com consequente diminuição da resistência às agressões externas o que facilita o aparecimento de **fissuras** constitui uma porta de entrada para as infeções (International Working Group on the Diabetic Foot, 2012 (b)).

A infeção, vulgarmente, não origina a ulceração do pé da PcD, exceto em casos concretos de infeções fúngicas (*tínea pedis*, candidíase) nos espaços interdigitais, mas, representa um importante fator prognóstico das lesões que, associado a diminuição da sensibilidade protetora, aumenta o nível do risco (International Working Group on the Diabetic Foot, 2012 (c)).

A neuropatia motora é responsável pelas alterações a nível da arquitetura e biomecânica do pé com o aparecimento do pé cavo, dedos em garra e em martelo (neuroartropatia de Charcot). Estas alterações são responsáveis pelas **proeminências ósseas** nas articulações metatarsofalângicas e pela diminuição da almofada plantar, resultando em alterações estruturais e posicionais da mesma que, por sua vez, alteram a distribuição das pressões plantares.

As **calosidades** surgem, resultantes de uma pressão aumentada, intrínseca (deformação óssea) ou extrínseca (causada pelo sapato). Se se permitir que o calo continue a espessar, este começará a pressionar os tecidos moles subjacentes,

podendo originar exsudado ou hemorragia subcutânea sob o calo com consequente ulceração (International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF, 2007).

Muitas das úlceras do pé são causadas pelas pressões exercidas durante a marcha. O **sapato** e a **meia** podem ser um fator protetor ou desencadeante desta situação. Um bom sapato é aquele que distribui as pressões naturais de forma uniforme em todo o pé, para que não existam zonas de aumento de pressão. A distribuição do peso também pode ser auxiliada pelo uso de palmilhas (Ministério da Saúde, 2011(a); International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF, 2007; Bus, et al., 2008).

Diversos estudos demonstraram que o aparecimento de úlceras no pé das PcD é mais comum naqueles com **história pregressa de ulceração ou amputação**. A *International Working Group on the Diabetic Foot* (IWGDF) (2012 (b)) afirma que a reincidência de uma úlcera num pé neuroisquémico ou neuropático varia entre 17 a 81 %, nos dois anos seguintes ao primeiro episódio, devendo por isso haver, nestes casos, uma vigilância mais frequente.

Fatores como a **idade**, o **consumo de tabaco** e as **complicações tardias da diabetes**, são potenciadores do risco do pé da PcD. Outros serão determinantes na capacidade e motivação do autocuidado como as **condições socioeconómicas**, as **habilitações literárias** e os **conhecimentos** prévios (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009; International Working Group on the Diabetic Foot, 2012(b)). O reconhecimento por parte do enfermeiro EECSP destes determinantes facilitará a perceção do défice, da PcD, em relação aos cuidados de enfermagem, num sistema de cuidados de enfermagem parcialmente compensador ou de apoio e educação (Orem, 1993).

As principais consequências das alterações previamente descritas são a presença frequente de úlceras e de amputações nas PcD. As causas mais frequentes para a existência de amputações do membro inferior ou de parte deste nas PcD são gangrena, infeção e úlceras que não cicatrizam (International Working Group on the Diabetic Foot, 2012 (a)).

## 1.2. Epidemiologia

A Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas não transmissível mais comum no mundo e tem vindo a aumentar de uma forma significativa.

A Federação Internacional da Diabetes (FID) estimou existirem em 2012, a nível mundial, 371 milhões de PcD o que corresponde a uma prevalência de 8,3%, calculando que cerca de 50% das situações são subdiagnosticadas. Para 2030 a previsão é de que existam 552 milhões de pessoas com diabetes.

A diabetes causou 4,8 milhões de mortes a nível mundial em 2012, (é a quarta ou quinta causa de morte na maioria dos países industrializados) com despesas de saúde de, pelo menos, 465 000 milhões de dólares (2011) o que corresponde a 11% das despesas totais de saúde com pessoas, entre os 20 e 79 anos.

Em estudos realizados pela FID no ano de 2012 as estimativas mantêm a mesma trajetória e peso ascendente, evidenciado por edições anteriores do Atlas, reforçando a premência da necessidade de prevenção desta epidemia (International Diabetes Federation, 2013 (b)).

O IWGDF no seu estudo epidemiológico acerca do PD refere que:

- a cada 30 segundos, a nível mundial, uma PcD sofre uma amputação a nível do membro inferior ou de parte dele
- 70% das amputações realizadas são a pessoas com DM
- 70% das pessoas amputadas morre num espaço de 5 anos
- 85% das amputações são precedidas pela existência de uma úlcera
- todos os anos cerca de 4 milhões de pessoas com diabetes desenvolvem uma nova úlcera (International Working Group on the Diabetic Foot, 2012 (a)).

Nos países desenvolvidos os custos com as úlceras envolvem cerca de 12 a 15 % dos gastos totais em saúde com as PcD. Nos países em desenvolvimento esse valor pode chegar a cerca de 40%.

A caracterização epidemiológica das úlceras é difícil de realizar por não existirem registos sistematizados, a definição de caso ser diferente nos diversos países e os valores existentes e os estudos científicos serem realizados em populações muito seletivas (International Working Group on the Diabetic Foot, 2012 (a)).



Já os valores relativos às amputações são mais aproximados da realidade. Nos últimos anos têm-se verificado realidades díspares em relação ao número de amputações realizadas em PcD. Em alguns países esses números continuam a aumentar, enquanto que noutros se verifica uma tendência contrária. Os motivos destas diferenças ainda se encontram por esclarecer, no entanto podem estar relacionados com os diferentes investimentos, na população com diabetes, desses países (International Working Group on the Diabetic Foot, 2012 (a)).

Os custos derivados da presença de úlceras ou amputações são inegáveis, também em termos sociais, familiares e pessoais para os envolvidos. Uma PcD que foi sujeita a uma amputação ou que tem uma úlcera no pé tem a sua qualidade de vida comprometida, fica dependente de outros, incapaz de exercer a sua atividade profissional e social. Existem manifestações a nível físico e emocional sendo a depressão uma comorbilidade frequente.

Os dados epidemiológicos em relação à população portuguesa passaram a ser mais consistentes após a definição do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) 2008 – 2017 que define estratégias a assumir pelo sistema de saúde em Portugal na luta contra a DM. A realidade portuguesa em relação à DM, em comparação com a realidade mundial, é apresentada nos quadros que se seguem.

**Quadro 1.** Prevalência da diabetes, na população Portuguesa e Mundial, em pessoas com idades compreendidas entre os 20 – 79 anos

ANO	Nível	% de PcD		Nº total de PcD
2012	Portugal	12,9	Diagnosticada	1 Milhão
			7,3	
			Não diagnosticada	
	Mundial	8,3	5,6	371 Milhões
			Diagnosticada	
			4,15	
			Não diagnosticada	
			4,15	

(Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013 (b); International Diabetes Federation, 2013 (b))

Para 2030 a FID estima que Portugal apresente uma prevalência de 15,24% (International Diabetes Federation, 2013 (a)).

A mortalidade, os internamentos por PD e as amputações dos membros inferiores por diabetes têm-se mantido estáveis nos últimos 4 anos, no entanto verificou-se um ligeiro aumento no ano de 2012 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013 (b)). As variações do número de amputações verificou-se devido às amputações major.

**Quadro 2.** Mortalidade associada à diabetes, na população Portuguesa e Mundial

ANO	Nível	Mortalidade
2012	Portugal	4,5%
	Mundial	10,7%

(Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013 (b); International Diabetes Federation, 2013 (b))

**Quadro 3.** Complicações da diabetes, na população Portuguesa

ANO	Internamentos Hospitalares por “PD”	Nº de Amputações dos Membros Inferiores por Diabetes
2012	1849	1493

(Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013)

O Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, “Diabetes: Factos e Números 2013” refere que os custos diretos da diabetes em 2012 foi entre 1 250 – 1 500 milhões de euros, o que corresponde a um acréscimo, em relação ao ano de 2011, de 50 milhões de euros (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013 (b)).

**Quadro 4.** Custos diretos com a diabetes, na população Portuguesa e Mundial

ANO	Nível	Medicamentos em ambulatório total em milhões de euros	Hospitalização – GDH Total Diabetes em milhões de euros	PIB Português	Despesas em Saúde
2012	Portugal	226	469,2	0,8 a 0,91 %	8 a 9%
	Mundial	-	-	-	11%

(Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013 (b); International Diabetes Federation, 2013 (b))

## 2. PESSOA COM DIABETES - AUTOCUIDADO AO PÉ

Para a realização deste projeto foi seguida a metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1993). Estes autores definem o Planeamento em Saúde como a “...racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 23).

O Planeamento em Saúde é um processo dinâmico, constituído por diversas etapas, devendo ser vista a sua sucessão de forma contínua, não linear, nunca se podendo considerar como completamente terminada.

### 2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico, como primeira etapa do Planeamento em Saúde, deve corresponder a uma **necessidade de saúde** sentida pela população ou o profissional de saúde, sendo a sua necessidade expressa pela diferença entre a situação atual e a que se pretende atingir (Tavares, 1990). As necessidades de saúde correspondem a uma parte importante do diagnóstico de saúde mas, este deve também ajustá-las com a oferta e a procura, por parte dos serviços de saúde e da população, sendo para isso importante que exista, nesta fase, uma **caracterização dos serviços** e da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

As necessidades de saúde justificam a pertinência dos projetos. A DM é, sem dúvida, um dos problemas de saúde mais desafiadores do século XXI e é foco de atenção das organizações mundiais há muito tempo. Portugal tem, desde a década de setenta, um Programa Nacional de Prevenção da Diabetes que tem sido sujeito, a diversas atualizações e revisões, resultantes da colaboração entre a DGS, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia e a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP). Da avaliação do Plano Nacional de Saúde (PNS) decorreu a necessidade da revisão das estratégias e indicadores e a elaboração do novo instrumento orientador

que se materializa no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD).

O PNPCD assenta em estratégias na área dos três níveis de prevenção, (Ministério da Saúde, 2008) e vai de encontro às diretivas emanadas pelo Parlamento Europeu em 2012 (Parlamento Europeu, 2012). Em Janeiro de 2012 é definido por despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde que a DM é um dos programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS.

Em fevereiro de 2013 a DGS, através do Departamento de Qualidade na Saúde, emite o Processo Assistencial Integrado para a Diabetes Mellitus tipo 2 (PAI), dando resposta ao PNS 2012-2016 e à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Ministério da Saúde, 2013). O PAI pretende oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos, colocando a PcD, as suas necessidades e expectativas no centro do sistema.

Aos ACES compete a criação ou manutenção de tempos e espaços com processos e procedimentos padronizados para o atendimento e seguimento da PcD, nas suas unidades funcionais.

Entre outros objetivos, o PNPCD visa atrasar o início das complicações maior da diabetes, reduzir a sua incidência e reduzir a morbilidade e mortalidade por diabetes (Ministério da Saúde, 2008) onde o PD tem um peso importante como comprovado nos dados epidemiológicos apresentados.

A norma 005/2011 que regulamenta o “Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético” determina que todas as PcD devem ser sujeitas a, pelo menos, uma avaliação anual dos seus pés de forma a determinar fatores de risco, condicionantes de lesões. “a evidência demonstra que o rastreio sistemático do PD leva à diminuição acentuada do número de amputações dos membros inferiores, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e de qualidade de vida.” (Ministério da Saúde, 2011 (a), p. 3). Nesse sentido a nível dos ACES os objetivos para os enfermeiros EECSP são, entre outros, “a educação da pessoa com diabetes e familiares;” (Ministério da Saúde, 2011 (b), p. 1). O que vem corroborar o que é afirmado pela WHO & IDF, (2004), que consideram que a educação para uns bons cuidados, assim como uma regular inspeção ao pé, são uma boa metodologia para a prevenção.

A Entidade Reguladora da Saúde (2011), salienta “...o papel da enfermagem, cuja função de cuidar, motivar e educar optimizam a aderência ao tratamento clínico, à detecção precoce das complicações crónicas...”(p.30) sendo a sua intervenção fulcral no PD, uma das mais graves complicações da DM, dado o elevado risco de amputação dos membros inferiores que poderá, a nível da intervenção primária, ser evitada e, da secundária, ser diminuída a gravidade. Nesse sentido a enfermeira EECSP deve compreender os limites das características biológicas dos seres humanos, mas também reconhecer as capacidades humanas para o autocuidado e auto preservação (Orem, 1993).

A habilidade para o autocuidado pode ser igual, maior ou menor do que as necessidades de autocuidado e é esta diferença que define o défice de autocuidado. As intervenções da enfermeira justificam-se quando as capacidades de autocuidado são inferiores às necessárias para satisfazer uma necessidade, ou quando estão em igual nível, pretendendo, neste caso, antecipar uma futura situação de défice (Orem, 1993).

A “**caracterização do serviço**” permite-nos contextualizar o local de intervenção.

O ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras é uma entidade pública prestadora de Cuidados de Saúde Primários, à população da sua área territorial de abrangência, e à sua população inscrita, ao longo das diferentes fases do ciclo de vida. Abrange o Concelho de Oeiras e 4 freguesias do Concelho de Lisboa (Ajuda, Alcântara e Belém, Campo de Ourique). Organicamente engloba, 9 Unidades de Saúde Familiares (USF), 6 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, 3 Unidades de Cuidados na Comunidade, 1 Unidade de Saúde Pública, 1 Unidade de Recursos Assistenciais e Partilhados e 1 Unidade de Apoio à Gestão, com uma população estimada, em 2011, de 233 465 habitantes (ARSLVT, 2013). Segundo dados retirados do SIARS a 21 de Março de 2013, facultados pela direção do ACES estavam inscritos em 2011, 252 478 utentes e em 2012, 268 983. Destes utentes, 13 242 têm diagnóstico de DM o que corresponde a uma prevalência de 4,9% (Unidade de Saúde Familiar S. Julião, 2013(a); ARS LVT, 2013).

Este projeto foi realizado na USFSJ. A população total em 2012 era de 15 324 utentes, sendo a prevalência da diabetes de 7,5%. Destas 830 pessoas com diagnóstico de

DM, 69,8% (830/580) foram vigiadas na USF no ano 2012 (Unidade de Saúde Familiar S. Julião, 2013 (b)).

Na lista de utentes estudada, constituída em 2012 por 1589 utentes, existiam 94 pessoas com diagnóstico de DM o que corresponde a uma prevalência de 5,9% (Unidade de Saúde Familiar S. Julião, 2013 (b)).

A realização deste projeto também foi pertinente para a própria equipa da USFSJ uma vez que a área do programa de melhoria de qualidade para o ano de 2013 estava relacionado com as doenças crónicas e as suas comorbilidades, como a diabetes.

Em outubro de 2013 foi realizada a apresentação do projeto a toda a equipa da USFSJ de forma a dar conhecimento do diagnóstico realizado, da evolução do projeto, das diferentes etapas que o constituíram assim como das intervenções a realizar. A apresentação foi realizada durante a reunião semanal de equipa. (apêndice 2)

#### 2.1.1. População e amostra

A caracterização da situação deve ser realizada através de diversos dados referentes à população. A população é constituída pelas pessoas com diagnóstico de diabetes que fazem parte de uma lista de utentes, sendo este o grupo populacional com quem a mestrandia tem e irá manter uma relação terapêutica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o relacionamento estreito e direto entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados de saúde, facilitam o desenvolvimento de potencialidades salutogénicas na pessoa diabética e no seu cuidador (Organização Mundial da Saúde, 2008).

Através da consulta dos programas informáticos Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) foram identificados 100 PcD. Como critérios de exclusão foram definidos os utentes que residam em lares – 4. Assim sendo a população foi constituída por 96 PcD.

Foram realizados contactos telefónicos à totalidade das população, no período entre 13 de maio e 9 de junho, com o objetivo de dar informação sobre o estudo, pedir a

colaboração e agendar uma consulta de enfermagem no período de 14 de maio a 15 de junho, para aplicação dos instrumentos de diagnóstico. Destes 96 participantes:

- (i) 15 não foi possível contactar após três tentativas (em dias e horários diferentes) no período definido;
- (ii) 3 não foi possível agendar consulta no período definido;
- (iii) 4 não aceitaram participar no estudo;
- (iv) 6 faltaram à consulta agendada.

De onde resultou uma população de 68 pessoas com DM.

#### 2.1.2. Técnicas e procedimentos de colheita de dados

As técnicas e instrumentos para colheita de dados são diversos e a sua escolha foi feita tendo em consideração os objetivos do estudo, os instrumentos disponíveis e o conhecimento sobre as variáveis (Fortin, 2006).

A colheita de dados foi realizada na USF S Julião. As medidas objetivas (Fortin, 2006) constituídas por dados sociodemográficos foram recolhidas através da consulta dos programas informático SAM e SAPE (apêndice 3). Os parâmetros a avaliar foram escolhidos por serem importantes na caracterização da população, no que irá influenciar o diagnóstico da situação e a perceção da capacidade para o autocuidado ao pé (Orem, 1993).

As PcD seleccionadas foram contactadas telefonicamente. Após a confirmação da participação foi agendada, de acordo com a sua disponibilidade, uma consulta de enfermagem (duração de 30 a 40 minutos). Na consulta, após a leitura e assinatura do consentimento livre e informado (apêndice 4), confirmando a participação, foi aplicado o questionário para Diagnóstico Comportamental (anexo 2). O questionário é constituído por perguntas fechadas com resposta de escolha múltipla, de autopreenchimento.

O questionário é um método de colheita de dados que tem como um dos seus objetivos recolher informação factual sobre atitudes e conhecimentos (Fortin, 2006) assim pretendeu-se ter conhecimento do autocuidado que cada PcD realiza aos seus

pés para desta forma identificar o défice de autocuidado presente, na comunidade estudada.

A observação do pé, para registo dos Valores de Risco de Úlcera do Pé Diabético (anexo 3), foi realizada após a aplicação do questionário, para que esta não influenciasse as respostas. A avaliação de risco úlcera do pé (UP) diabético está incluída no programa de saúde do diabético do SAPE. Os parâmetros avaliados estão relacionados com as alterações que a diabetes pode causar e que são potenciadoras do risco do pé da PcD, em relação ao da população em geral.

A aplicação deste instrumento classifica em três níveis o risco de ulceração, alto, médio e baixo risco. As PcD com classificação de alto risco têm indicação por parte da DGS para serem vigiadas por equipa de saúde de nível II, a nível hospitalar (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2011) e poderão por esta razão ter que ser excluídos da fase de intervenção.

### 2.1.3. Questões éticas

A ética “...é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” (Fortin, 2006, p. 114).

Foram realizados pedidos de consentimentos que se resumem no Quadro 5.

**Quadro 5.** Pedidos de consentimento realizados

Consentimento para:	Identificação do profissional			
	Nome	Categoria		
Colheita de dados	Dr. <sup>a</sup> Helena Febra	Coordenadora da USFSJ	Apêndices	5
Referencia à USFSJ				
Referencia ao ACES Lx Ocidental e Oeiras	Dr. <sup>a</sup> Fátima Nogueira	Diretora do ACES Lx Ocidental e Oeiras		6
Instrumento colheita de dados	Mestre M <sup>a</sup> Antonieta Braz	Enfermeira CS Albergaria		7

No sentido de cumprir os direitos fundamentais da PcD foi garantido o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade dos participantes do estudo (Fortin, 2006). Assim, foi garantida a participação voluntária através de um



consentimento informado escrito em que se comunicam os objetivos do estudo e os elementos essenciais à participação, se garante o anonimato e a confidencialidade dos dados assim como o direito a poderem abandonar o estudo a qualquer momento, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências (apêndice 4). Foi fornecida aos participantes uma cópia do consentimento informado.

#### 2.1.4. Apresentação e análise dos dados

Neste subcapítulo resumem-se os dados recolhidos de forma a caracterizar a população em estudo. “a parte descritiva da estatística tem por objectivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor.” (Fortin, 2006).

O tratamento dos dados foi realizado utilizando como recurso a folha de cálculo Microsoft *Excel* 97 – 2003. Os dados foram organizados em quadros que se apresentam em apêndice sendo, no corpo do trabalho, feita referência aos scores obtidos.

A **caracterização sociodemográfica** (apêndice 8 Quadro 15) permite ao enfermeiro identificar alguns dos determinantes de saúde que influenciam o estado de saúde dos indivíduos (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e que segundo Orem (1993) são fatores básicos condicionantes da prática de enfermagem.

A população é maioritariamente masculina, com 47 (69,1%) homens e 21 (30,9%) mulheres, o que corrobora a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre homens (15,2) e mulheres (10,4), como identifica o relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes de 2013. O mesmo relatório apresenta uma distribuição por escalão etário semelhante ao encontrado na população em estudo, dos 20 aos 39 anos – 2%; 40 aos 59 – 12,7% e dos 60 aos 79 – 27,1% (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013 (a), p. 8) em que o escalão com maior peso é o dos 60 aos 79 anos com valor de 66,2% (45 pessoas). O envelhecimento é um fator adjuvante para o surgimento da lesão no PD (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009).

A identificação do nível de escolaridade é uma informação importante na definição do sistema de apoio-educação elaborado, em que o papel da enfermeira é o de promover

a pessoa a agente de autocuidado sendo que, corroborando Orem (1993), todos os indivíduos possuem potencial para aprendizagem e desenvolvimento. A maneira pela qual um indivíduo satisfaz as suas necessidades de autocuidado não é intuitiva, trata-se de um comportamento aprendido. Os fatores que podem constituir uma barreira à aprendizagem do autocuidado incluem entre outras a idade, a capacidade mental, a escolaridade e a cultura (Orem, 1993; Onega & Devers, 2011). O nível de escolaridade foi definido segundo os critérios da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, (2011) (apêndice 9) em 6 níveis: Nível 0 – 5 (7,3%), Nível 1 – 16 (23,5%), Nível 2 – 11 (16,2%), Nível 3 – 9 (13,2%), Nível 4 – 8 (11,8%), Nível 5 – 13 (19,1%), Nível 6 – 1 (1,5%) e existindo 5 (7,3%) sem informação. Esta dispersão de níveis educacionais será um ponto que poderá dificultar a promoção do autocuidado ao grupo, na sua totalidade.

A **monitorização do risco de Ulcera do Pé diabético** (apêndice 10, Quadro 16) é constituída por 3 partes: anamnese, exame aos pés, avaliação da presença de sinais de neuropatia e isquemia, que irá resultar numa estratificação em 3 categorias de risco de ulceração, como referido anteriormente: Baixo, Médio e Alto risco.

Das 68 pessoas com diabetes estudadas, 61 (89,7%) apresentam baixo risco e as restantes 7 (10,3%) alto risco, não se encontrando nenhuma no nível médio.

As questões colocadas na fase da anamnese identificam fatores adjuvantes (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009) do risco do pé como sejam a presença de complicações tardias da diabetes (diminuição da acuidade visual) que se encontram presentes em 13 pessoas (19,1%), a existência de hábitos tabágicos, presentes em 10 pessoas (14,7%). A inexistência de conhecimentos sobre o risco da doença e a autovigilância a realizar, é identificado em 49 pessoas (72%).

As condições socioeconómicas deficientes também são identificadas pela APDP como um fator adjuvante tendo, para esta classificação, sido consideradas as pessoas identificadas com insuficiência económica no SAPE. Os critérios necessários para esta classificação são estabelecidos pelo Decreto-Lei n.º 113/2011 (anexo 4) de 29 de Novembro que define como em situação de insuficiência económica, os utentes que integrem um agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais (Assembleia da

República Portuguesa, 2011). Na população estudada 17 pessoas (25%) apresentam condições socioeconómicas deficientes.

As características dos sapatos (internas e externas) e meias também avaliadas na fase de anamnese podem ser um fator protetor mas, também um fator precipitante do risco (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009) e a principal causa do surgimento de úlceras (Bakker, Apelqvist, & Schaper, 2012). Na população estudada 19 (28%) pessoas não apresentavam, no dia da observação, sapatos e meias adequadas.

Ao compararmos os dados obtidos durante a anamnese, entre a população avaliada como alto risco e a avaliada como baixo risco, encontramos diferenças acentuadas em diversos pontos.

**Quadro 6.** Comparação dos parâmetros de avaliação da anamnese entre a população avaliada como tendo alto e baixo risco de úlcera do Pé Diabético

	População de Alto risco	População de Baixo risco
Presença de complicações tardias	42,9%	14,7%
Tabagismo presente	57,1%	9,8%
Conhecimentos demonstrados	14,3%	29,5%
Calçado e meias adequadas	28,6%	72,1%

Os valores com maior discrepância encontram-se descritos no quadro anterior verificando-se uma diferença significativa em todos eles. (apêndice 10, Quadro 16)

O exame do pé é composto pela determinação da presença de, securas/calosidades/micoses/gretas, edema e deformidades do pé.

**Quadro 7.** Caracterização da população estudada em relação a alterações da pele e estrutura do pé

	Presentes	Ausentes	n/%
Securas/calosidades/micoses/gretas	26 (38,2%)	42 (61,8%)	68/100
Edema	4 (5,9%)	64 (94,1%)	
Deformidades do pé	8 (11,8%)	60 (60%)	

A presença de qualquer um destes fatores aumenta o risco de UP. A existência de edema e deformidades do pé associado a um sapato ou meias desadequadas potenciam o surgimento de lesões e zonas com pressão aumentada. As calosidades são consequências de zonas com pressão aumentada, quer interna (deformidades

ósseas) quer externas (sapatos e meias). A pele seca diminui a sua resistência às lesões, facilitando também o aparecimento de gretas que constituem uma porta de entrada para infecções por diversos agentes (International Working Group on the Diabetic Foot, 2012 (b)).

A perda de sensibilidade devida a polineuropatia diabética é estudada durante a observação do pé através da avaliação da percepção da pressão (monofilamento de Semmes-Weinstein 10gr), da vibração (diapasão de 128Hz), da sensação tátil (“boneca de algodão”) e da presença dos reflexos. Os resultados obtidos são apresentados no quadro seguinte:

**Quadro 8.** Caracterização da população estudada em relação à presença de sinais de polineuropatia

	Presentes	Ausentes	n/%
Deteção do monofilamento	64 (94,1%)	4 (5,9%)	68/100
Deteção do diapasão	55 (80,9%)	13 (19,1%)	
Deteção do algodão	68 (100%)	0 (0%)	
Reflexos	60 (88,2)	8 (11,8%)	

A diminuição da sensibilidade protetora será um dos fatores que coloca o pé da PcD em risco de, na presença de uma lesão, esta não ser detetada. A consciencialização desta realidade, por parte das PcD que já possuem alterações da sensibilidade, mas também por quem ainda apresenta a sensibilidade intacta, será um fator importante na adesão à realização das atividades de autocuidado e na percepção do défice de autoconhecimentos para a sua realização (Orem, 1993). A comparação, entre a população de alto e baixo risco para UP, apenas se diferencia na deteção do diapasão em que na população de alto risco está ausente em 42,8% enquanto na população com baixo risco está presente em 19,1%. (apêndice 10, Quadro 16)

Os sinais de isquémia são avaliados pela presença ou ausência de pulso pedioso, tibial posterior, claudicação ou dor em repouso e ITB alterado (<0,9).

**Quadro 9.** Caracterização da população estudada em relação à presença de sinais de isquemia

	Presentes	Ausentes	n/%
Pulso pedioso	63 (92,6%)	5 (7,4%)	68/100
Pulso tibial posterior	68 (100%)	0 (0%)	
Claudicação ou dor em repouso	1 (1,5%)	67 (98,5%)	
ITB alterado (<0,9)	3 (4,4%)	65 (95,6%)	

Comparando, a caracterização da presença de sinais de isquemia na população com avaliação de alto risco de úlcera com a de baixo risco, verificamos que a ausência do pulso pedioso é mais marcada na primeira população com um valor percentual de 28,6% no primeiro grupo e de 7,4% no segundo. A alteração do ITB verifica-se nos dois grupos, em 3 pessoas, o que corresponde, em valores percentuais, a alterações em 42,8% das PcD que apresentam alto risco de úlcera no pé e em 4,4% nas que apresentam baixo risco. (apêndice 10, Quadro 16)

Nenhuma das PcD pertencentes à população estudada apresenta histórico de úlcera ou amputações anteriores.

O **diagnóstico comportamental** foi realizado usando o questionário da autoria da Mestre Enfermeira Maria Antonieta Braz em que se avaliam os cuidados que a PcD realiza ao seu pé. O questionário foi construído tendo como base o Modelo - *Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes on Educational Diagnosis and Evaluation* – “PRECEDE” de Green et al. Este modelo educacional é constituído por diversas fases e envolve o utente na resolução dos problemas, através da mudança de comportamentos. Braz (2007) construiu o questionário de forma a dar resposta à terceira fase do Modelo “PRECEDE”, o diagnóstico comportamental, identificando fatores de risco comportamentais que podem afetar a saúde do pé da PcD. O questionário foi sujeito a pré-teste (Braz, 2007).

O autocuidado que a PcD deve prestar aos seus pés vai desde a higiene, que deve ser realizada diariamente, e que acontece em 50 (73,5%) das pessoas inquiridas (apêndice 11, Quadro 17), utilizando um sabonete neutro, de forma a manter o pH da pele, e que é realizado por 13 (19,1%) das pessoas inquiridas. As restantes fazem-no com sabão (1), sabonete comum (52), água (1) ou outros produtos não identificados (1) (apêndice 11, Quadro 18). A secagem cuidadosa entre os espaços interdigitais, fundamental na diminuição do risco do aparecimento de micoses e gretas é realizado, sempre que lavam os pés, por 60 pessoas (88,2%), 7 (10,3%) não o fazem sistematicamente e 1 que não o faz de todo (1,5%). Estes cuidados visam manter o pé protegido de micoses e gretas e possíveis infeções que daí podem advir e que estão presentes em maior percentagem na população classificada com risco elevado, 57,1% (4) do que na classificada com risco baixo, 36% (22) (apêndice 11, Quadro 19).

A remoção das calosidades e das zonas com hiperqueratoses deve ser realizada pela PcD semanalmente, de forma a diminuir as zonas com maior pressão, que são zonas de maior risco para o desenvolvimento de úlceras. Essa manobra deve ser realizada, com uma lixa de papel e com posterior aplicação de creme hidratante, o que é realizado por 15 (22%) das pessoas avaliadas (apêndice 11, Quadro 20). A utilização de materiais mais duros como lixa de metal (realizado por 8 pessoas), pedra-pomes ou ume (realizado por 8 pessoas) ou pedra normal (realizado por 2 pessoas), e aplicação de calicidas (realizado por 1 pessoa) é desaconselhado pelo risco de causar uma solução de continuidade por corte, escoriação ou queimadura, no entanto ainda é prática corrente em 19 casos (28%) (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, 2009).

A hidratação da pele deve ser realizada diariamente, com a aplicação do creme em todo o pé exceto nos espaços interdigitais, com o intuito de manter a pele mais resistente, é realizado corretamente por 21 PcD (30,9%) sendo que 35 (51,5%) não aplicam o creme corretamente. Em relação à regularidade da hidratação esta é diária em 26 (38,2%) das pessoas estudadas sendo que 42 pessoas (61,7%) não aplicam ou fazem-no irregularmente. (apêndice 11, Quadros 21 e 22)

Na questão que avalia o corte da unha verifica-se que apenas 6 (8,8%) cortam as unhas não rente ao dedo e a direito, permitindo assim que a unha proteja o dedo e que diminua o risco de encravar nos cantos. (apêndice 11, Quadro 23)

O uso de sapatos abertos não está recomendado (nem em casa nem no exterior) na PcD devido ao aumento da pressão que os sapatos abertos causam nos pés (tiras) e por aumentar a probabilidade de existir lesão, causada por traumatismo de causa externa. Na população estudada apenas 5 pessoas (7,3%) não usa sapatos abertos (apêndice 11, Quadro 24). O sapato da PcD deve ser folgado e sem costuras no interior sendo esta a opção na escolha de sapato em 37 (54,4%) e 34 (50%) das PcD respetivamente (apêndice 11, Quadros 25 e 26). A utilização de palmilhas que permitem proteger o pé nas zonas de maior pressão não acontece em 48 (70,6%) das PcD que responderam ao questionário (Bakker, Apelqvist, & Schaper, 2012). (apêndice 11, Quadro 27)

Andar descalço seja em casa ou no exterior, onde se inclui a praia, é considerado um risco aumentado para a existência de traumatismo e é um hábito mantido por 44 (64,7%) pessoas da população estudada (International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF, 2007). (apêndice 11, Quadro 28)

O uso de meias claras permite que a PcD consiga detetar alguma lesão através da presença de exsudado na meia. A ausência de costuras fará com que não aconteça a pressão causada pela costura, no entanto apenas 2 (2,9%) dos inquiridos declaram utilizar meias com estas características. Em relação à textura, a maioria, 46 (67,6%) usa, de forma correta, meias de algodão. As 8 (11,8%) pessoas que referem usar outro tipo de meias, não sintéticas ou de lã, referiam-se ao uso de meias de descanso. (apêndice 11, Quadro 29 e 30)

A observação do interior do sapato antes de o calçar torna-se fundamental para as PcD que possuam a sensibilidade protetora diminuída e deve ser um hábito adquirido por todos. Da população estudada 47 (69,1%) não faz esta observação ou fá-la esporadicamente. (apêndice 11, Quadro 31)

A observação diária do pé pela própria PcD ou no caso de este não ser capaz, por um cuidador informado é o autocuidado mais importante e é realizado por 30 (44,1%) PcD da população estudada. (apêndice 11, Quadro 32)

#### 2.1.5. Diagnósticos de enfermagem

Com a aplicação do questionário sobre os comportamentos que as PcD têm com os seus pés verificou-se que, das 16 perguntas que o constituem e que avaliam os procedimentos realizados aos pés no sentido de os proteger e de detetar, precocemente, alguma alteração/lesão, apenas 4 das perguntas são respondidas pela maioria das PcD da forma mais correta. Estas perguntas estão relacionadas com a frequência da higiene, secagem da pele, o tipo de estrutura do sapato e meias que usam, que são comportamentos que protegem o pé. Os outros autocuidado de proteção e de vigilância não se encontram presentes.

Os comportamentos transmitem os conhecimentos, competências e crenças de saúde que os utentes possuem, logo a inexistência destes comportamentos demonstram

existir um défice de conhecimento, de mestria e/ou de consciencialização da situação clínica (Onega & Devers, 2011).

A análise dos dados permite identificar comportamentos que se traduzem em défices de autocuidado ao nível de diversas áreas dos cuidados recomendados ao pé na PcD. Todos estes cuidados podem ser agrupados uma vez que se encontram relacionados entre si, assim foram identificados:

- Défices no autocuidado a nível da / do:
  - tratamento das calosidades e hiperqueratoses
  - hidratação da pele
  - corte das unhas
  - proteção das agressões externas
- Défice de conhecimentos na escolha dos materiais para o autocuidado ao PD
  - escolha do produto para a higiene do pé
  - escolha do tipo de sapato
  - escolha da meia
- Défice na autovigilância do PD:
  - observação dos pés

Foram excluídas da intervenção as PcD que foram identificadas como apresentando alto risco de UP (7) uma vez que a DGS recomenda que sejam encaminhadas para seguimento por equipa de saúde de nível II, a nível hospitalar (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2011).

Tendo como base a linguagem CIPE 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e a teoria do défice de autocuidado de Orem (Orem, 1993) que serviu como referencial teórico para este projeto definiram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. Conhecimento sobre o autocuidado, ao PD, não demonstrado.
2. Conhecimento sobre os recursos materiais mais corretos para o autocuidado ao PD, não demonstrado.
3. Processo de tomada de decisão, na autovigilância ao PD, comprometido.



## 2.2. Determinação de prioridades

A determinação de prioridades é a segunda etapa do Planeamento em Saúde e hierarquiza os problemas identificados no diagnóstico realizado que condiciona a fixação de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Imperatori & Giraldes, (1993) consideram como clássicos três critérios de decisão: magnitude (dimensão), transcendência (mortalidade/grupos etários) e vulnerabilidade (prevenção) no combate à subjetividade a que o investigador está sujeito durante esta etapa. A combinação destes critérios foi realizada de forma sucessiva através da aplicação da grelha de análise que ordena os "...problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas." (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 74). Foi adotada a grelha de análise de Tavares (1990) que classifica os problemas identificados segundo a: importância do problema, relação entre problema e os fatores de risco, capacidade técnica para resolver e exequibilidade.

**Quadro 10.** Grelha de análise segundo Tavares (1990)

<b>Problemas</b> \ <b>Crítérios</b>	<b>Importancia do problema</b>	<b>Relação entre problema e os fatores de risco</b>	<b>Capacidade tecnica para resolver</b>	<b>Exequibili-dade</b>	<b>Prioridade</b>
<b>Défice no autocuidado ao PD</b>	+	+	+	+	1
<b>Défice de conhecimentos na escolha dos materiais para o autocuidado ao PD</b>	-	-	+	+	13
<b>Défice na autovigilância do PD</b>	-	+	+	+	9

A importancia do problema foi definida pela dimensão que os problemas identificados têm na população de PcD estudada. Assim foram agrupadas as questões que identificavam os comportamentos referentes ao autocuidado realizado, aos materiais utilizados e à frequência da autovigilância do pé. (apêndice 12) que permitiram identificar os défices de autocuidado.

Em relação ao autocuidado ao PD foram colocadas 5 questões. Para cada questão existe apenas 1 resposta correcta. Sendo que foram aplicados questionários a 68 pessoas, isso significa que se todos as PcD inquiridas tivessem respondido correctamente teríamos um total de 340 (68x5) respostas o que correspondia então a

100% de respostas correctas. Na avaliação dos questionários verificaram-se 80 (23,5%) respostas corretas e 260 respostas incorrectas, o que corresponde a 76,5% de PcD que demonstram ter défices de autocuidado em relação ao seu pé.

Foram colocadas 6 questões sobre os materiais utilizados pelas PcD no autocuidado, possibilitando a existencia de 408 (100%) respostas consideradas correctas. Na avaliação efectuada verificou-se a presença de 63,2 % de respostas erradas.

Apenas uma questão foi colocada sobre a frequência da vigilância do PD existindo neste caso 55,9% de respostas erradas (38/68).

O risco que se pretende minimizar no pé da PcD é o da existência de feridas ou úlceras, e as suas complicações, que possam potenciar a necessidade de uma amputação (International Working Group on the Diabetic Foot, 2012 (a)). Assim sendo a presença de um autocuidado correto e de uma vigilância sistematizada e rotinizada pode prevenir e detetar precocemente a sua existência, mesmo sendo utilizados materiais menos adequados. (Entidade Reguladora da Saúde, 2011)

A mestranda encontra-se numa posição privilegiada para intervir na população estudada uma vez que como enfermeira de família possui uma relação singular e potenciadora da adesão às intervenções planeadas e à promoção da aquisição de competências para o autocuidado. (Orem, 1993; Organização Mundial da Saúde, 2008)

A exequibilidade é um ponto fundamental na definição das prioridades pois é crucial para o desenvolvimento de qualquer projeto. Na situação em causa é exequível intervir nos três problemas identificados. Colmatar os défices de autocuidado a realizar e os conhecimentos sobre os materiais mais adequados para o autocuidado ao PD, identificados nos dois primeiros diagnósticos, tem consequências no terceiro diagnóstico, uma vez que, o processo de tomada de decisão é descrito como, um processo mental que determina o decorrer da ação baseado em "...informação relevante, consequências potenciais de cada alternativa e recursos." (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 69). Assim sendo, e apesar do problema considerado prioritário ser o "Défice no autocuidado ao PD" optou-se por intervir nos três diagnósticos, o que é sustentado também por Orem ao definir que as intervenções de enfermagem são

ações intencionadas interligadas entre si, de tal forma que uma ação só é possível ou é facilitada por outra ação, e que a organização e coordenação entre si interfere nos resultados obtidos (Orem, 1993).

### **2.3. Fixação de objetivos**

Na terceira fase do Planeamento em Saúde procede-se à fixação de objetivos de forma a que seja possível realizar posteriormente uma avaliação dos resultados obtidos, com a execução das intervenções planeadas (Imperatori & Giraldes, 1993). Imperatori & Giraldes (1993) definem por objetivo o “...enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79).

Pretendeu-se com este projeto contribuir para a diminuição da incidência de lesões e úlceras nos pés, na comunidade de PcD estudada e nesse sentido foi delineado como objetivo geral:

- Promover na pessoa com diabetes, pertencente à comunidade estudada da USFSJ, o autocuidado ao pé, no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

As alterações de comportamentos, que permitem adquirir ganhos em saúde, necessitam de uma intervenção continuada ao longo do tempo, sendo esta uma das permissas da teoria do autocuidado de Orem “...é preciso tempo e conhecimento para que as pessoas formem ideias sobre ações específicas ou para formarem imagens de como este se relaciona com o objectivo.” (Orem, 1993, p. 90). Neste sentido não foi passível de serem traçados indicadores de resultado, que são os que permitem “...aferir até que ponto se atingiu ou não uma inflexão dos valores dos indicadores, considerada possível e desejável...” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79), em relação à alteração de comportamentos, uma vez que o período de realização deste projeto foi limitado. No entanto e tendo em conta o afirmado por Orem (1993) em relação à necessidade da presença de conhecimentos que reforçam as competências para que se verifique uma alteração de comportamentos, foram traçados indicadores de

resultado que avaliam os conhecimentos das PcD sobre autocuidado ao PD, materiais mais corretos para o autocuidado e frequência da observação do PD.

**Quadro 11.** Objetivo geral e específico, metas e indicadores de resultado do projeto

<b>Objetivo geral:</b> Promover na PcD, pertencente à comunidade estudada da USFSJ, o autocuidado (AC) ao pé no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014		
Objetivo específico	Meta	Indicadores de Resultado
Aumentar os conhecimentos, nas PcD da comunidade estudada, acerca do autocuidado a realizar ao PD	Que 65% das PcD, pertencentes à comunidade estudada, demonstre possuir conhecimentos acerca do autocuidado a realizar ao PD	Nº de PcD que respondam corretamente a cada questão colocada acerca do autocuidado a realizar ao PD / Nº PcD que participam nas duas sessões de EpS x 100
Aumentar os conhecimentos, nas PcD da comunidade estudada, acerca dos recursos materiais mais corretos para o autocuidado ao PD	Que 50% das PcD, pertencentes à comunidade estudada, demonstre possuir conhecimentos acerca dos materiais mais corretos para o autocuidado ao PD	Nº de PcD que respondam corretamente às questões sobre os materiais mais corretos para o autocuidado ao PD / Nº PcD que participam nas duas sessões de EpS x 100
Aumentar os conhecimentos, nas PcD, da comunidade estudada, em relação à prioridade correta da observação do PD	Que 70% das PcD, pertencentes à comunidade estudada, identifique a importância da observação diária do PD	Nº de PcD que respondam corretamente à questão colocada acerca da prioridade da observação do PD / Nº PcD que participam na segunda sessão de EpS x 100

**Quadro 12.** Indicadores de processo

Indicadores de processo	
Nº de PcD que participaram na 1ª sessão de EpS	/61 x 100
Nº de PcD que participaram na 2ª sessão de EpS	
Nº de PcD que se classifiquem como satisfeitas ou muito satisfeitas em relação aos materiais apresentados na 1ª sessão de EpS	/número PcD participantes na 1ª/2ª sessão de EpS x 100
Nº de PcD que se classifiquem como satisfeitas ou muito satisfeitas com a utilidade da 1ª sessão de EpS	
Nº de PcD que se classifiquem como satisfeitas ou muito satisfeitas em relação aos materiais apresentados na 2ª sessão de EpS	
Nº de PcD que se classifiquem como satisfeitas ou muito satisfeitas com a utilidade da 2ª sessão de EpS	

## **2.4. Seleção de estratégias/intervenções**

Nesta fase do Planeamento em Saúde pretende-se “...conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde (...) que permitam alcançar os objectivos fixados e inflectir a tendência e evolução natural dos problemas de saúde.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

Orem (1993) diz-nos que as intervenções de enfermagem justificam-se quando os comportamentos das PcD demonstram existir um autocuidado inferior aos requisitos necessários, para garantir a auto preservação e a prevenção de complicações do PD, o que é revelador da presença de défice de autocuidado. Sendo o autocuidado ao PD um cuidado pessoal, diário e necessário para o funcionamento e desenvolvimento, possível e desejável de ser efetuado pelo próprio ou em algumas situações com o apoio de um familiar (agente de autocuidado dependente), o sistema de enfermagem que Orem (1993) preconiza que seja utilizado no delinear de intervenções é o sistema de apoio educação.

Orem, identifica cinco métodos de ajuda que são utilizados pela enfermeira isoladamente ou em combinação. O processo de seleção destes métodos por parte da enfermeira “... baseia-se em reflexões, julgamentos e decisões profissionais, sobre o que os outros não podem fazer, o que não fazem efetivamente, e sobre o que é possível fazer no interesse da vida, saúde e bem-estar dos outros.” (Orem, 1993, p. 10). Guiar e dirigir o outro (no autocuidado que tem que realizar), proporcionar suporte físico e psicológico (nas escolhas que faz), proporcionar e manter um ambiente que permita o desenvolvimento pessoal (facilitando a integração no grupo de pares e os recursos que dispõe e como os pode usar) e ensinar (facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades, assim como o desenvolvimento dos existentes) são os métodos de ajuda selecionados para serem utilizados nas estratégias elaboradas.

A estratégia escolhida foi a da educação para a saúde (EpS) pois através desta o enfermeiro EECSP tem a oportunidade de combinar estes métodos de ajuda, sendo esta uma estratégia que “...dá ênfase à mudança voluntária e o seu foco são as atitudes e os comportamentos de saúde, o conceito de risco e percepção de risco.” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. XVI) permitindo desta forma obter ganhos em saúde.

a informação que os enfermeiros proporcionam capacita os clientes para atingir níveis óptimos de saúde, prevenir problemas de saúde, identificar e tratar precocemente problemas de saúde e minimizar a incapacidade. A formação permite aos indivíduos tomar decisões relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efectivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida. (Onega & Devers, 2011, p. 304).

Benner afirma que o enfermeiro tem na “função de educação, de guia” (2001) um dos seus domínios de competência. O enfermeiro é capaz de tornar “...familiar aquilo que assusta ou o que é estranho ao doente” (Benner, 2001, p. 103) e que é manifestado através da sua capacidade para ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença e de cura no seu estilo de vida, no saber e compreender como o doente interpreta a sua doença, no fornecer uma interpretação do estado do doente, no dar as razões dos tratamentos e na capacidade de tornar abordáveis e compreensíveis os aspetos culturalmente tabu de uma doença.

## **2.5. Preparação operacional – programação**

A limitação temporal que envolveu este estágio condicionou as atividades elaboradas com o intuito de dar resposta aos objetivos elaborados. No sentido de utilizar o recurso tempo de forma racional foi criado um cronograma de GANT (apêndice 13) de forma a controlar o seu cumprimento (Imperator & Giralde, 1993).

As atividades desenvolvidas foram pensadas tendo em consideração para além dos objetivos estabelecidos, a população a que se destinavam e os recursos disponíveis (Onega & Devers, 2011). (apêndice 14 e 15)

Sendo a população constituída por 61 PcD e uma vez que a dimensão do grupo influencia o sucesso da EpS, sentiu-se a necessidade de criar três grupos (Onega & Devers, 2011).

Um possível obstáculo, identificado por Imperator & Giralde (1993), para a não adesão às sessões de EpS por parte das PcD, está relacionado com a “...atitude da população face aos programas e projectos a executar.” (p. 136) resultantes da sua não aceitação e envolvimento nas sessões de EpS. Assim, no sentido de contornar

esta situação foram realizados contactos telefónicos para todas as pessoas pertencentes à comunidade estudada, dando-lhes a conhecer o conteúdo das sessões e a hipótese de escolha entre três dias, com horários diferentes para o agendamento das mesmas, facilitando assim também a acessibilidade.

Na elaboração das sessões de EpS, foi tida em conta a natureza da aprendizagem e os seus diferentes domínios:

- Cognitivo – “... inclui a memorização, reconhecimento, compreensão, argumentação, aplicação e resolução de problemas” (Onega & Devers, 2011, p. 306)
- Afetivo – “...inclui mudanças nas atitudes e desenvolvimento de valores (...) As pessoas necessitam de apoio e encorajamento, por parte dos que os rodeiam, para realizar tais mudanças e para reforçar novos comportamentos” (Onega & Devers, 2011, p. 306)
- Psicomotor – “inclui o desempenho de actividades que exigem um certo grau de coordenação neuromuscular e realça as capacidades motoras.” (Onega & Devers, 2011, p. 307).

Os instrumentos educacionais escolhidos foram a apresentação em *powerpoint*, materiais impressos e foram ainda utilizados objetos reais para exemplificação das características corretas dos mesmos (como por exemplo limas de cartão com diversas espessuras, diferentes cremes hidratantes), que permitem abranger os diferentes níveis educacionais e etários que caracterizam as PcD pertencentes ao grupo estudado (Onega & Devers, 2011).

As atividades desenvolvidas foram as seguintes:

**a) 1ª Sessão: Pé Diabético - Vamos cuidar melhor dos nossos pés**

(apêndice 16)

Nesta sessão foi partilhado com as PcD a situação a nível mundial, de Portugal e da lista de utentes em que eles se incluem, em relação à evolução da diabetes. Também foram partilhados os resultados das avaliações em que participaram, com identificação do número de participantes, do nível de risco e dos défices de autocuidado encontrados. Foi valorizada a importância do papel da PcD na boa

evolução da sua situação clínica e na manutenção da saúde do seu pé, assim como no prognóstico das alterações encontradas.

Esta sessão teve dois objetivos específicos: aumentar os conhecimentos, nas PcD da comunidade estudada, acerca do autocuidado a realizar ao PD, e aumentar os conhecimentos, acerca dos recursos materiais mais corretos para o autocuidado ao PD.

As metodologias utilizadas, expositiva, demonstrativa e participativa, permitiram a participação e partilha de experiências entre os participantes, sendo que é facilitador da aprendizagem a existência da contextualização de novas tarefas com as anteriormente realizadas (Redman, 2002).

A manipulação dos objetos disponibilizados "...proporciona ao formando uma imagem mental, clara, de como o procedimento é desempenhado." (Redman, 2002, p. 50) e nesse sentido foram apresentadas na sessão diversos materiais para que os participantes pudessem manipulá-los e fazer a comparação com os produtos que usam no seu dia-a-dia.

No final da sessão foi distribuído um guia de apoio com os pontos mais importantes transmitidos. Também foram distribuídas 2 amostras de cremes hidratantes e esfoliantes específicos para cuidado ao PD, oferecidas por dois laboratórios com quem foi estabelecida uma parceria.

O agendamento da segunda sessão foi realizado, de acordo com a disponibilidade do grupo, com o pedido de que fosse realizado por cada PcD o desenho do pé numa folha de papel A4 para ser trabalhado na sessão seguinte.

## **b) 2ª Sessão: Pé Diabético - Observação do pé diabético**

(apêndice 17)

O objetivo específico desta sessão foi o de aumentar a adesão, nas PcD da comunidade estudada, à observação diária do PD.

Esta sessão foi iniciada com o resumo da primeira sessão, realizada com a colaboração dos participantes, o que permitiu um reforço dos conteúdos apresentados, fundamental "...especialmente em utentes com problemas crónicos de saúde ou que estão a aprender a preveni-los." (Redman, 2002, p. 4) na consolidação dos conhecimentos. Promoveu-se assim a mobilização dos recursos cognitivos



adquiridos que facilitam a escolha do melhor autocuidado ao PD e que fortalecem a aquisição de novas competências. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)

A importância da observação diária foi transmitida utilizando também metodologia expositiva, demonstrativa e participativa assinalando as patologias e alterações mais suscetíveis de surgirem, de forma a que as PcD saibam o que procurar, como evitar e atuar perante as situações que se lhes deparem.

Com o desenho do pé que trouxeram, como pedido na 1ª sessão, foi possível, no final da exposição, assinalar as alterações que cada um identificou nos seus pés, de acordo com o conteúdo da sessão. A discussão do autocuidado a ser executado nas diferentes situações permitiu que o sujeito dos cuidados (pessoa com diabetes) contextualiza-se a sua realidade, dando significado à mensagem transmitida (Carvalho & Carvalho, 2006).

O desenho dos pés foi datado, e recomendado que passe a fazer parte dos documentos que acompanham a PcD às consultas de enfermagem, para que seja usado como registo da evolução do pé, quer os negativos, pela evolução natural da patologia quer os positivos por resultado da melhoria do autocuidado ao PD.

### **c) Elaboração de Guia: Um olhar sobre o Pé Diabético**

(apêndice 18)

A elaboração deste guia teve como finalidade servir de suporte às informações transmitidas durante a sessão de EpS sobre os cuidados ao PD. O apoio, com um documento escrito, permite uma consolidação da informação transmitida e potencia a sua transformação em aprendizagem/conhecimentos, fundamental para a mudança de comportamentos (Carvalho & Carvalho, 2006).

Optou-se pelo uso de muitas imagens significativas, e já usadas na apresentação da sessão de EpS, de forma a serem mais facilmente identificados os comportamentos corretos, alternadas com mensagens curtas.

#### **d) Elaboração de Guia: Pé Diabético - Proteja-o**

(apêndice 19)

Este guia teve como objetivo fornecer informação acerca de alguns materiais de proteção disponíveis e seus custos.

Foi feito um levantamento dos custos de alguns materiais para proteção do PD a 3 lojas na zona de abrangência do Centro de Saúde de Oeiras, que corresponde à zona de habitação dos utentes pertencentes à comunidade estudada e também dos que se encontram disponíveis na *internet*. O folheto foi criado com imagens reais dos materiais de forma a facilitar a sua identificação (Redman, 2002).

### **2.6. Avaliação**

Tavares (1990) refere a OMS (1981) que define avaliação como sendo “...uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente.” (p. 205) e ainda nos diz que “...a avaliação faz a confrontação entre objectivos e estratégias, ao nível da adequação.” (p. 205).

Foram criados como indicadores de processo:

% de PcD que participaram na 1ª sessão de EpS

% de PcD que participaram na 2ª sessão de EpS

Estes indicadores pretendem medir a adesão das PcD pertencentes à comunidade estudada às sessões de EpS. De forma a aumentar a adesão foram realizados contactos telefónicos a todas as pessoas, dando a hipótese de escolherem entre 3 dias com diferentes horários, o agendamento da 1ª sessão. Das 61 pessoas pertencentes à comunidade estudada, não foi possível contactar 6 (após 3 tentativas em dias e horas diferentes) e 8 não mostraram disponibilidades para os dias programados. O que resultou numa participação na 1ª sessão de EpS de **77%** ( $47/61 \times 100$ ) dividida por três grupos.

O agendamento da 2ª sessão foi realizado no final da 1ª sessão. Um dos participantes referiu de imediato não poder estar presente por motivos familiares. Os restantes

mostraram-se disponíveis para participar. A participação na 2ª sessão de EpS foi de **73,8 %** (45/61x100) também dividida em três grupos.

Numa perspetiva de controlo de qualidade, a avaliação da satisfação dos utentes em relação ao tipo de cuidados recebidos tem, segundo Imperatori & Giraldes, (1993), despertado nos profissionais de saúde grande interesse. Este também foi um aspeto avaliado com a criação dos seguintes indicadores de processo:

% de PcD que se classifiquem como satisfeitos ou muito satisfeitos em relação à 1ª sessão

% de PcD que se classifiquem como satisfeitos ou muito satisfeitos em relação à 2ª sessão

Das 47 pessoas que participaram na primeira sessão de EpS, 46 classificaram-se como satisfeitos ou muito satisfeitos em relação à utilidade da sessão o que se traduz numa percentagem de **97,9%**. A segunda sessão, que teve uma taxa de participação inferior, teve uma avaliação da totalidade dos seus participantes, 45 pessoas, como satisfeitos ou muito satisfeitos (**100%**). (apêndice 20)

A diferença percentual, entre os satisfeitos e muito satisfeitos, da primeira para a segunda sessão não é percentualmente significativa, como é demonstrado no Quadro 13.

**Quadro 13.** Classificação em relação à satisfação dos utentes nas sessões de Educação para a Saúde

	1ª Sessão		2ª Sessão	
	n	%	n	%
Muito satisfeito	27	57,5	25	55,6
Satisfeito	19	40,4	20	44,4
Total	46	97,9	45	100

Os últimos indicadores de processo criados estão relacionados com a utilidade dos materiais mostrados durante as sessões de EpS:

% de PcD que se classifiquem como satisfeitos ou muito satisfeitos em relação à utilidade dos materiais apresentados na 1ª sessão de EpS

% de PcD que se classifiquem como satisfeitos ou muito satisfeitos em relação à utilidade dos materiais apresentados na 2ª sessão de EpS

Das 47 pessoas que participaram na 1ª sessão de EpS, 46 classificaram-se como satisfeitos ou muito satisfeitos em relação à utilidade dos materiais apresentados o que corresponde a uma percentagem de **97,9%**. Já na segunda sessão essa percentagem atingiu os **100%**, com o total dos 45 participantes a considerarem-se como satisfeitos ou muito satisfeitos em relação aos materiais utilizados.

As avaliações descritas anteriormente apenas nos deram uma perspetiva quantitativa. Quando da aplicação do questionário no fim das sessões de EpS para esta avaliação foi deixado um espaço para sugestões, de forma a que, as PcD que participaram pudessem fazer algum comentário. Despontou a sugestão de que as sessões se mantivessem, com outros temas relacionados com a diabetes tal como a alimentação (9 pessoas).

Uma vez que a alteração de comportamentos só pode ser avaliada com uma intervenção continuada no tempo e com espaço temporal mínimo de seis meses, foram traçados indicadores de resultado que pretenderam avaliar os conhecimentos adquiridos pela PcD durante as sessões de EpS. Onega & Devers, (2011) referem que a aprendizagem permite aos “...indivíduos melhorar as suas capacidades de tomada de decisão e assim modificarem o seu comportamento.” (Onega & Devers, 2011, p. 306) pois, uma vez que este “...aprenda ou adquira determinado conhecimento e mestria, o processo completa-se e daí resulta mudança de comportamento.” (Onega & Devers, 2011, p. 306).

Os conhecimentos transmitidos pela EpS pretenderam capacitar as PcD a atingir níveis de saúde ótimos e a prevenir, identificar e tratar, precocemente problemas e a

minimizar incapacidades funcionais e estruturais no PD. A consolidação desses conhecimentos permite aumentar as competências e, assim, potenciar a tomada de decisão consciente das alterações na saúde e nos estilos de vida. Nesse sentido é importante validar se os conhecimentos se encontram presentes, de forma que o restante processo se possa desencadear.

Assim, foi aplicado o questionário de avaliação educacional (anexo 5), um mês após a realização da EpS, criado por Braz (2007) que também foi a autora do questionário aplicado na fase de diagnóstico. Este questionário foi criado tendo como base o modelo “PRECEDE” de Green et al e avalia o nível dos conhecimentos das PcD questionando acerca dos conhecimentos sobre o autocuidado correto a realizar ao PD, em relação aos aspetos detetados com défice de AC, na avaliação do diagnóstico comportamental.

O questionário foi aplicado à totalidade das 47 PcD uma vez que aos dois elementos que faltaram à segunda sessão foi agendada uma consulta de enfermagem, de acordo com as suas disponibilidades, onde foi realizada a EpS.

Foram criados os seguintes indicadores de resultado:

Indicadores de Resultado
65 % das PcD respondam corretamente a cada questão colocada acerca do autocuidado a realizar ao PD
50 % das PcD respondam corretamente às questões sobre os materiais corretos para o autocuidado ao pé PD
70 % das PcD respondam corretamente à questão colocada acerca da frequência da observação do PD

No apêndice 21 encontram-se discriminados os resultados referentes às diferentes questões colocadas.

Para uma melhor compreensão dos resultados obtidos ao questionário, foram agrupadas as questões em três grupos, as que questionam o autocuidado a realizar, os materiais mais corretos a ser usados e a observação do pé.

As questões colocadas referentes à hidratação dos pés, andar descalço, uso de palmilhas e observação do interior do sapato mostraram a presença de conhecimentos por parte das PcD em percentagem superior ao objetivo traçado, respetivamente 67%, 89,4%, 87,3 e 97,9%. A questão colocada acerca do melhor

corrente para a unha mostrou existirem conhecimentos corretos em apenas em 20 PcD, o que corresponde a 42,5 %.

Foi realizada a avaliação do conjunto de questões colocadas sobre o autocuidado a realizar ao PD (5) às 47 PcD que participaram. Estas 5 questões podiam originar um total de 235 respostas (100%) corretas. Foram obtidas a totalidade de respostas (100%) uma vez que todas as PcD participantes responderam à totalidade das questões. O total de respostas certas foi de 180 o que corresponde a uma percentagem de 76,6%. (Quadro 14)

**Quadro 14.** Avaliação das respostas ao Autocuidado a realizar ao Pé Diabético

Total de Perguntas	Total de participantes	Total de respostas obtidas	Total de respostas corretas	% de respostas corretas
5	47	235	180	76,6%

A escolha dos materiais mais corretos para o autocuidado ao PD permitem melhorar esses cuidados e proteger os pés das agressões externas e internas. Todas as questões ultrapassaram os objetivos traçados, sendo que a questão que mostrou maior défice de conhecimento foi a relacionada com uso de sapatos abertos.

**Quadro 15.** Avaliação das respostas em relação aos materiais corretos para o Autocuidado ao Pé Diabético

Total de Perguntas	Total de participantes	Total de respostas obtidas	Total de respostas corretas	% de respostas corretas
6	47	282	243	86,1%

Na questão colocada acerca da observação diária do pé, 97,9% das PcD tomaram consciência da sua importância, tendo o objetivo sido atingido. A importância deste resultado prende-se com o facto de que, a observação diária, permite uma proteção para o autocuidado que possa ter falhado por alguma razão.

### **3. CONCLUSÕES**

#### **3.1. Limitações do projeto**

Durante a execução do projeto surgiram algumas limitações à sua concretização.

Destaco a limitação temporal para a realização do estágio que limitou a escolha das estratégias, o número de EpS realizadas, assim como a realização de parcerias comunitárias.

Onega & Devers, (2011) consideram que a última finalidade da EpS "...consiste em ajudar os clientes a fazerem mudanças comportamentais duráveis que melhorem o seu estado de saúde global." (p. 327) para tal é necessário uma intervenção continuada ao longo do tempo, pois a alteração de comportamento e o ganho de competências é um processo e não um acontecimento (Redman, 2002). Na tentativa de, de alguma forma, ultrapassar esta limitação, o grupo de PcD escolhido para a intervenção deste projeto foi o grupo de PcD de quem a mestrande é enfermeira de família uma vez que Orem considera que a existência de uma relação próxima e pessoal, entre o enfermeiro e o utente, é potenciadora da adesão ao sistema de apoio-educação e da aquisição de competências de autocuidado (Orem, 1993).

Apesar de terem sido formados 3 grupos, a sua dimensão ainda condicionou a prática para a aquisição das habilidades motoras (Redman, 2002) necessárias ao autocuidado e, como tal diminuiu o feedback imediato de motivação e correção de erros que evitam o desenvolvimento e instalação de hábitos e conceitos incorretos (Onega & Devers, 2011; Redman, 2002).

Não foi possível realizar a desejável promoção de trabalho em rede/parceria, fundamental na intervenção do enfermeiro EECSP, no entanto foram realizados contactos com a APDP e o Laboratório Novartis no sentido de ser estabelecido um protocolo que permitisse dar resposta aos pedidos realizados na avaliação das sessões de EpS pelas PcD. Estas duas instituições têm em conjunto um projeto, "Juntos é mais fácil", em que se promove a mudança de estilos de vida que permitam

um melhor controlo da DM, principalmente pela alteração de hábitos alimentares e do sedentarismo. A escolha deste projeto baseou-se no facto de ser apadrinhado pela APDP, instituição de referência na área da diabetes e pelo conhecimento da mestranda sobre o conteúdo do mesmo. Não foi possível ser realizado em tempo útil, para este projeto, pelo facto de a Novartis estar a realizar uma reestruturação do plano de formação aos formadores, que se prevê estar concluída em meados deste ano. Esta parceria está estabelecida e irá concretizar-se durante o ano de 2014, iniciando-se com a formação dos profissionais, a que se seguirá a realização de sessões de EpS para as PcD.

Outra limitação causada pelo balizamento temporal esteve relacionada com a impossibilidade de realizar uma avaliação de resultado, em relação a alterações comportamentais, como já foi referido neste relatório, no ponto referente à fixação de objetivos e avaliação.

### **3.2. Implicações/recomendações para a prática**

As recomendações prendem-se com a resolução das limitações encontradas durante a realização deste projeto. Assim propõe-se que:

- Seja mantida a EpS na promoção do autocuidado durante a realização da consulta de enfermagem, de forma a que a PcD pratique os cuidados adequados ao seu pé. Esta prática permite o ganho de habilidades e a coordenação de conhecimentos que se traduzem em aquisição de competências.
- Seja aplicado o questionário de diagnóstico comportamental em julho de 2014 e criados novos indicadores de resultado, que desta vez avaliem comportamentos permitindo assim, comparar com os resultados da fase de diagnóstico e aí poder concluir se existiu ou não a inflexão desejável dos mesmos (Imperator & Giraldes, 1993), traduzido em ganhos em saúde resultantes da EpS.

Uma vez que as PcD pertencentes à USFSJ não se limitam a este grupo, e que as restantes enfermeiras pertencentes a esta USF também promovem o autocuidado ao PD e a avaliação do risco de úlcera no PD, parece ser pertinente que os



conhecimentos adquiridos pela mestranda, durante a realização deste projeto, sejam partilhados com a equipa o que emergirá na melhoria dos cuidados prestados. Assim, como projeto para o futuro e como futura enfermeira EECSP a mestranda propõe-se a:

- Realizar formação à restante equipa de enfermagem no sentido da melhoria e uniformização dos cuidados prestados na avaliação do risco de úlcera e na promoção do autocuidado ao PD.

### **3.3. Reflexão sobre competências adquiridas**

Para refletir sobre as competências desenvolvidas no 4º curso de mestrado na área de especialização em enfermagem comunitária com o projeto em causa, recorreu-se ao guia orientador do aluno da ESEL, ao Caderno temático da Ordem dos Enfermeiros “Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem” e ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O conceito de competência tem sido dinâmico (Ordem dos Enfermeiros, 2009) e tem convergido para diversos autores, como referido no caderno temático da Ordem dos Enfermeiros, “Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem” para “...o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta.” (p.11).

O conjunto de competências clínicas especializadas requeridas para auferir o título de enfermeiro especialista recorrem do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais, acrescido de mais um domínio que seja específico da especialidade em questão. No caso da enfermagem comunitária é esperado que seja desenvolvido, durante o processo formativo, conhecimento no que concerne à avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade com base da metodologia do Planeamento em Saúde, metodologia preferencial de intervenção no âmbito da enfermagem comunitária. A realização deste projeto foi assim um veículo de aquisição e desenvolvimento de conhecimento e competências sobre esta metodologia, sustentado na mobilização e integração de conhecimentos de outras áreas do saber como epidemiologia, ética, investigação, estatística e informática assim como em

pesquisa bibliográfica sistematizada, conhecimentos adquiridos na fase curricular do primeiro e segundo semestre deste mestrado.

A compreensão adquirida sobre a mudança do perfil de saúde das comunidades e das suas implicações nas atuais políticas de saúde, permitiram uma reflexão sobre a organização dos cuidados e a prática diária dos cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento de competências a nível da definição do perfil de saúde de uma comunidade, do nível macro para o micro, contextualizado com os objetivos e estratégias definidas a nível do plano nacional de saúde culminou com a realização do diagnóstico de situação, tendo sido verificada a situação problemática previamente identificada.

O aprofundamento realizado sobre o conhecimento de enfermagem e os seus paradigmas facilitaram a escolha do referencial teórico a ser adotado para o processo de capacitação do grupo através da promoção do autocuidado, da teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Assim, foram desenvolvidas competências na adoção de um modelo conceptual de enfermagem subjacente à prática de enfermagem, traduzidas nas sessões de EpS implementadas que, por sua vez, se encontram sustentadas nos objetivos do PNS.

O projeto, como momento culminante do percurso académico, permitiu a mobilização dos conhecimentos adquiridos durante a fase curricular, mas também da prática profissional quotidiana. O saber-fazer adquirido ao longo dos últimos 10 anos de experiência em Cuidados de Saúde Primários tem melhorado o julgamento clínico o que levou a mestranda a posicionar-se como enfermeira competente na avaliação realizada, no início deste percurso académico. De facto, fazia parte da sua prática como enfermeira a realização de planos refletindo a individualidade de cada utente e de cada situação baseando-se na “...análise consciente, abstrata e analítica do problema.” (Benner, 2001, p. 53) sendo esta uma das características identificadas por Benner para uma enfermeira competente. No entanto, graças à reflexão que foi permitida realizar durante o percurso académico, tomou a mestranda consciência e colmatou lacunas que existiam na sua formação. A utilização da metodologia do Planeamento em Saúde permitiu a aquisição de competências a nível da “...planificação consciente e deliberada que (...) ajuda a ganhar eficiência e

organização.” (Benner, 2001, p. 54). A realização do projeto para a comunidade com quem trabalha possibilitou a consolidação entre o saber e o saber-fazer e, potencializou o desenvolvimento profissional e a aquisição de competências, ao possibilitar o juntar de condições que o facilitam, como a capacidade inata, a formação adequada, a experiência, e a motivação. (Benner, 2001). A mesma autora refere que a especialização clínica é de extrema relevância nos domínios de enfermagem relacionados com a “Função de educação, orientação”, a mais trabalhada no projeto desenvolvido.

Tendo em consideração todos os ganhos referidos, a mestranda sente que este percurso a enriqueceu como enfermeira e pessoa permitindo-lhe agora sim, se posicionar no nível de proficiência de competente.

### **3.4. Considerações finais**

A crescente urbanização, mudanças dos estilos de vida e o envelhecimento da população têm sido sentidas a nível mundial e, como consequência, verifica-se um aumento das doenças crónicas e não transmissíveis como a DM que é uma das causas, cada vez mais importante, do aumento da mortalidade e das comorbilidades como as causadas pelo PD e, um grave problema de saúde pública.

Desde a Carta de Ottawa que é considerado que a promoção de saúde ultrapassa os cuidados de saúde e deve fazer parte das prioridades políticas, (World Health Organization, 1986) nesse sentido a DM é área de intervenção privilegiada no PNS de 2012-2016 e o papel do enfermeiro é realçado pelas suas intervenções de promoção para a saúde, pilar de intervenção da enfermagem comunitária, que se distingue das restantes especialidades por ter como alvo de atenção a comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Ministério da Saúde, 2012 (b)).

A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; (World Health Organization, 1986).

O enfermeiro Comunitário pode através das suas competências conceber "...com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade" e estabelecer intervenções que contribuam "...para o processo de capacitação de grupos e comunidades" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2) de forma a capacitar a sua população a entender e a realizar as suas atividades de autocuidado. O enfermeiro comunitário com a perspectiva holística do seu cliente e abordando a comunidade de forma ecológica consegue identificar os fatores pessoais, biológicos, psicológicos, socioculturais e os comportamentos anteriores que influenciam os estilos de vida adotados. "ao enfermeiro interessam os hábitos de vida, sua manutenção ou alteração e as razões desses hábitos (culturais, patológicas ou outras) pelo que o foco da sua atenção é a pessoa no seu todo." (Basto, 1985, p. 59) e a comunidade onde este se insere.

A responsabilidade do tratamento deverá ser repartida entre o enfermeiro, o doente e a sua família, sendo que, do funcionamento desta tríade está dependente o sucesso do programa terapêutico adotado.

Orem define na sua teoria do Défice de Autocuidado que a intervenção de enfermagem se justifica quando as habilidades para o autocuidado são inferiores às necessidades, no entanto Orem também identifica como premissa para a sua Teoria do Autocuidado que todos os indivíduos são capazes de desenvolver habilidades intelectuais e físicas para o seu autocuidado, sendo nesse caso o sistema de intervenção de enfermagem o de apoio-educação.

Assim, este projeto comunitário foi desenvolvido tendo como metodologia a do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) e, como referencial teórico a teoria do Défice de Autocuidado de Orem (Orem, 1993).

Os diagnósticos de enfermagem encontrados foram construídos com base na linguagem CIPE 2 (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e identificaram défices de autocuidado ao PD, défices de conhecimentos na escolha dos materiais para o autocuidado ao PD e comprometimento do processo de tomada de decisão, na autovigilância ao PD, por parte das PcD pertencentes ao grupo estudado.

Os objetivos traçados foram no sentido de colmatar os défices encontrados, através de sessões de EpS que permitissem melhorar os conhecimentos das PcD sobre o

autocuidado, tendo como premissas as da teoria de Autocuidado, em que Orem considera que as pessoas devem possuir conhecimento para conseguirem distinguir os cuidados corretos e saberem as razões para a seleção de determinada ação. Para isso é necessário que o enfermeiro conceptualize os conhecimentos que transmite, dando tempo para a reflexão mas, conduzindo-a para que se transforme numa tomada de decisão consciente (Orem, 1993) o que reflete o reforço das competências.

A estratégia escolhida foi a da EpS ferramenta fundamental do enfermeiro EECSP que permite a "...promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos efeitos residuais das doenças." (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 40) traduzidos no uso de todo o potencial de saúde da PcD. A EpS pretendeu habilitar as PcD a controlar a sua saúde e o ambiente e, a fazer opções conducentes à saúde preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem a DM e as incapacidades a ela associadas.

A avaliação final permitiu identificar em **76,6%** das PcD a presença de conhecimentos acerca do autocuidado a realizar ao PD, em **86,1 %** conhecimentos sobre os materiais corretos a usar e **97,9 %** das PcD identificam a importância da observação diária do PD.

Fica como desafio para o futuro o seguimento deste grupo de PcD de forma a poder ser constatado se os conhecimentos que demonstraram ter adquirido se consolidam transformando-se em competências e se o resultado educativo é manifestado numa mudança mensurável do comportamento, mestria e opções saudáveis que possam ser traduzidos em ganhos em saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- ARSLVT. (14 de Fevereiro de 2013). Registo Morbilidade ACES - ANO 2012. 31. Lisboa, Portugal.
- Assembleia da República Portuguesa. (29 de Novembro de 2011). 1.<sup>a</sup> série — N.º 229. *Diário da República*, 5108 - 5110. Portugal. Obtido em 2013, de <http://dre.pt/pdf1s/2011/11/22900/0510805110.pdf>
- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2009). *diabetes Tipo 2 - Um Guia de apoio e Orientação*. Lisboa, Portugal: LIDEL.
- Bakker, K., Apelqvist, J., & Schaper, N. (2012). IWGDF GUIDELINES Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev*, 28, 225 - 231. (L. John Wiley & Sons, Ed.) Obtido em 2013, de <http://iwgdf.org/wp-content/uploads/2013/03/1-dmrr2253-no-1.pdf>
- Basto, M. (Janeiro/Março de 1985). Saúde para todos no ano 2000 - Contributo dos enfermeiros. *Revista de Saúde Pública*, 3(1), 59 - 60. Portugal. Obtido em Abril de 2013, de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/revsp1985-1/10-1985-1.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Braz, M. (2007). Pé Diabético, Factores Comportamentais na sua Prevenção. *Dissertação*, 211. Portugal. Obtido em 2013, de <http://hdl.handle.net/10216/7240>
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures, Portugal: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Despacho n.º 3052/2013. (26 de Fevereiro de 2013). Criação das Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes nos Agrupamentos dos ACES e criação das Unidades Integradas de Diabetes nos Hospitais. *Diário da República* 2.<sup>a</sup> série — N.º 40. Obtido em Abril de 2013, de <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>

Entidade Reguladora da Saúde. (Janeiro de 2011). Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus. Porto, Portugal: Entidade Reguladora da Saúde. Obtido em Abril de 2013, de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/139/DM\\_Relatorio\\_Final.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf)

Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures, Portugal: Lusodidacta.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Obras avulsas.

International Diabetes Federation. (2013 (a)). *IDF Diabetes Atlas*. Obtido em Abril de 2013, de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/foreword>

International Diabetes Federation. (2013 (b)). *IDF Diabetes Atlas*. Obtido em Abril de 2013, de [http://www.idf.org/sites/default/files/IDFAtlas5E\\_Detailed\\_Estimates\\_0.xls](http://www.idf.org/sites/default/files/IDFAtlas5E_Detailed_Estimates_0.xls)

International Working Group on the Diabetic Foot. (3 de Dezembro de 2012 (b)). The diabetic foot ulcer - management and outcomes. Obtido em 2013, de <http://iwgdf.org/consensus/the-diabetic-foot-ulcer-management-and-outcomes/>

International Working Group on the Diabetic Foot. (3 de Dezembro de 2012 (c)). How to prevent foot problems. (IWGDF, Ed.) Obtido em 2013, de <http://iwgdf.org/consensus/how-to-prevent-foot-problems/>

International Working Group on the Diabetic Foot. (3 de Dezembro de 2012 (a)). Epidemiology of the diabetic foot. Brussels, Belgium. Obtido em Maio de 2013, de : [www.iwgdf.org](http://www.iwgdf.org): <http://iwgdf.org/consensus/epidemiology-of-the-diabetic-foot/>

International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF. (2007). *Directivas Práticas sobre o Tratamento e a Prevenção do Pé Diabético*. International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF.

Ministério da Saúde. (2008). *Programa Nacional De Prevenção e Controlo da Diabetes*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Obtido em Abril de 2013, de <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&acess=0>

- Ministério da Saúde. (21 de Janeiro de 2011 (a)). Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético. *Norma da Direcção Geral da Saude*. (D. g. Saúde, Ed.) Lisboa, Portugal. Obtido em 2013, de <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?id=5519>
- Ministério da Saúde. (21 de Janeiro de 2011 (b)). Organização de cuidados, prevenção e tratamento do Pé Diabético. *003/2011*, 5. Lisboa. Obtido em 2013, de <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?id=5519>
- Ministério da Saúde. (2012 (b)). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. *4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde*, 22. Lisboa, Portugal: Direcção Geral da Saúde. Obtido em Abril de 2013, de [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1\\_2013\\_01\\_17\\_.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1_2013_01_17_.pdf)
- Ministério da Saúde. (2013). *Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2*. (D.-G. d. Departamento da Qualidade na Saúde, Ed.) Obtido em Maio de 2013, de <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?pl=&id=5519&access=0>
- Onega, L., & Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População* (7ª ed., pp. 302 - 330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional. Portugal. Obtido em 2014
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 2012, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2*. Lusodidacta, Lda.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, SA.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). Relatório Mundial da Saude 2008. *Cuidados de Saude Primários - Agora mais do que nunca*. (CISCOS, Trad.) Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Obtido em Abril de 2013, de [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)
- Parlamento Europeu. (12 de Março de 2012). Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de diabetes. Bruchelas. Obtido em Abril de 2013, de <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?id=5519>



- Redman, B. (2002). *A Prática da Educação para a Saúde* (9º ed.). Loures: Lusociência.
- Schaper, N., Andros, G., Apelqvist, J., Bakker, K., Lammer, J., Lepantalo, M., . . . Hinchliffe, R. (2012). Specific guidelines for the diagnosis and treatment of peripheral arterial disease in a patient with diabetes and ulceration of the foot 2011. 28, 236-237. (L. John Wiley & Sons, Ed.) Obtido em 2013, de <http://iwgdf.org/wp-content/uploads/2013/03/3-dmrr2251-no-3.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (Fevereiro de 2013 (a)). Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda. Obtido em Abril de 2013, de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/3653C7E4-6035-4E42-9CBC-4ABC63062419/0/i018361.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (Novembro de 2013 (b)). Diabetes: Factos e Números 2013 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Portugal. Obtido em 2014, de <file:///C:/Users/Maria%20Bento/Downloads/i019558.pdf>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (Ministério da Saúde ed.). [sl]: [sn].
- Unidade de Saúde Familiar S Julião. (Março de 2013 (b)). Relatório da Atividade de 2012. Oeiras, Portugal.
- World Health Organization. (21 de Novembro de 1986). *First International Conference on Health Promotion*. (WHO, Ed.) Obtido em Abril de 2013, de WHO - World Health Organization: <http://www.who.int/>
- World Health Organization. (2013). *Diabetes Programme*. (C. W. Organization, Editor) Obtido em Maio de 2013, de World Health Organization: <http://www.who.int/entity/diabetes/en/>

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

Exame sensorial dos pés

## EXAME SENSORIAL DOS PÉS

(International Working Group on the Diabetic Foot Consultative Section of the IDF, 2007)

A neuropatia pode ser detetada utilizando o monofilamento de 10gr (5,07 Semmes-Weinstein), o diapasão (128 Hz) e/ou a “boneca de algodão”.

### Monofilamento de Semmes-Weinstein

- O exame sensorial deve ser efetuado num ambiente calmo e relaxado. Aplicar, primeiro, o monofilamento nas mãos do doente (ou no cotovelo ou testa) de modo a que o doente saiba o que deve esperar sentir.
- O doente não deve conseguir ver se o examinador aplica o filamento nem em que local. Na Figura 6 indicam-se os três locais a testar nos dois pés.
- Aplicar o monofilamento perpendicularmente à superfície da pele (Figura 7a).
- Aplicar a força suficiente para fazer com que o monofilamento se curve ou entorse (Figura 7b).
- O tempo total de duração da aproximação, contacto com a pele e retirada do monofilamento deve ser aproximadamente de 2 segundos.
- Aplicar o monofilamento ao longo do perímetro, e não no local, da úlcera, calosidade, cicatriz ou tecido necrótico. Não permitir que o filamento deslize através da pele ou exerça um contacto repetitivo no local do teste.
- Pressione o filamento contra a pele e pergunte ao doente SE sente a pressão aplicada (sim/não) e, a seguir, ONDE sente a pressão aplicada (pé esquerdo/direito).



Fig. 6. Locais a testar com o monofilamento

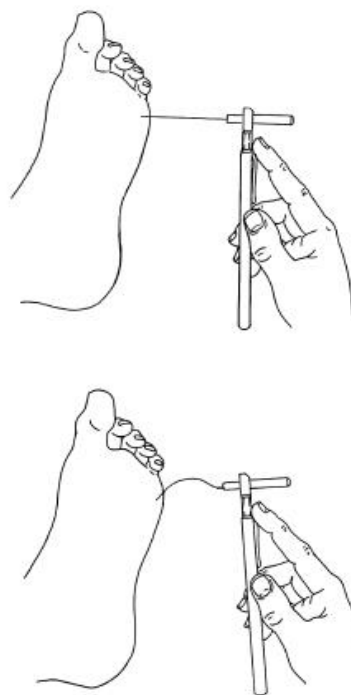


Fig. 7a. e 7b. Aplicação do monofilamento

- Repetir esta aplicação duas vezes no mesmo local, mas, alterná-la, com, pelo menos, uma aplicação “falsa” em que não é aplicado qualquer filamento (total de três perguntas por local).
- Existe sensibilidade protetora em cada local se os doentes responderem corretamente a duas de três aplicações. A sensibilidade protetora está ausente com duas respostas incorretas em três; neste caso considera-se que o doente está em situação de risco de ulceração.
- Encorajar os doentes durante a realização dos testes.

### **Diapasão**

- O exame sensorial deve ser efetuado num ambiente calmo e relaxado. Aplicar, primeiro, o diapasão nos pulsos do doente (ou no cotovelo ou testa) de modo a que o doente saiba o que deve esperar sentir.
- O doente não deve conseguir ver se o examinador aplica o diapasão nem em que local. O diapasão é aplicado numa parte óssea do local dorsal da falange distal do primeiro dedo do pé.
- Deve aplicar-se o diapasão perpendicularmente e com uma pressão constante (Figura 8).
- Repetir esta aplicação duas vezes, alternando com, pelo menos, uma aplicação “falsa” em que o diapasão não está a vibrar.
- O teste é considerado positivo se o doente respondeu corretamente a, pelo menos, duas de três aplicações, sendo negativo (“em situação de risco de vibração”) com duas respostas incorretas em três.
- Se o doente não consegue sentir as vibrações no dedo grande, o teste deve ser repetido num local mais proximal (maléolo da tíbia ou tuberosidade).
- Encorajar os doentes durante a realização dos testes.

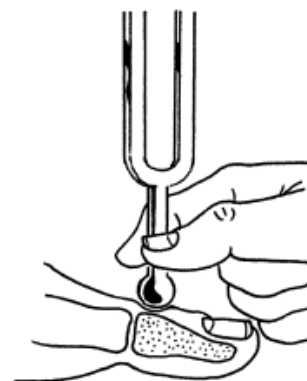


Fig. 8 Como utilizar o diapasão

## **ANEXO 2**

Instrumento de colheita de dados - pé diabético:

Diagnóstico Comportamental

## Questionário

### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - PÉ DIABÉTICO: FATORES COMPORTAMENTAIS PARA A SUA PREVENÇÃO DIAGNÓSTICO COMPORTAMENTAL

#### QUESTÃO 1 - Lava os pés todos os dias?

- 1 - ☐ sim
- 2 - ☐ não
- 3 - ☐ às vezes. Qual a frequência? \_\_\_\_\_
- 4 - ☐ só quando toma banho. Qual a frequência? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 2 - O que usa para lavar os pés?

- 1 - ☐ sabão
- 2 - ☐ sabonete comum
- 3 - ☐ sabonete neutro
- 4 - ☐ água
- 5 - ☐ outro? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 3 - Seca os pés entre os dedos, sempre que lava os pés?

- 1 - ☐ sim
- 2 - ☐ não
- 3 - ☐ às vezes

#### QUESTÃO 4 - Para remover calos usa?

- 1 - ☐ lixa de papel e creme hidratante
- 2 - ☐ lixa de metal e creme hidratante
- 3 - ☐ pedra-ume ou pedra-pomes e creme hidratante
- 4 - ☐ pedra normal e creme hidratante
- 5 - ☐ substância química (calicida)
- 6 - ☐ outro? \_\_\_\_\_

#### QUESTÃO 5 - Aplica creme hidratante?

- 1 - ☐ entre os dedos e na sola do pé em cima, na sola e no calcanhar
- 2 - ☐ em cima e na sola do pé
- 3 - ☐ em cima, na sola e no calcanhar
- 4 - ☐ em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar?

#### QUESTÃO 6 - Aplica creme hidratante nos pés, todos os dias?

- 1 - ☐ sim
- 2 - ☐ não
- 3 - ☐ às vezes

**QUESTÃO 7 - Corta as unhas?**

- 1 - \_\_\_ rente ao dedo, quadrada (reta)
- 2 - \_\_\_ rente ao dedo, redonda (cortando os cantos)
- 3 - \_\_\_ não rente ao dedo, redonda (cortando os cantos)
- 4 - \_\_\_ não rente ao dedo, quadrada (reta)

Se você não corta, quem faz? \_\_\_\_\_

**QUESTÃO 8 - Usa calçado aberto?**

- 1 - \_\_\_ só em casa
- 2 - \_\_\_ em casa e para sair
- 3 - \_\_\_ só para sair
- 4 - \_\_\_ não usa

**QUESTÃO 9 - O calçado que usa quanto à estrutura é?**

- 1 - \_\_\_ folgado
- 2 - \_\_\_ apertado
- 3 - \_\_\_ justo
- 4 - \_\_\_ macio e confortável

**QUESTÃO 10 - O calçado que usa quanto ao aspeto interno é?**

- 1 - \_\_\_ sem costura
- 2 - \_\_\_ com costura
- 3 - \_\_\_ deixa marca nos pés
- 4 - \_\_\_ com e sem costura

**QUESTÃO 11 - Usa palmilhas no calçado?**

- 1 - \_\_\_ fechado
- 2 - \_\_\_ aberto
- 3 - \_\_\_ tanto faz
- 4 - \_\_\_ nenhum

**QUESTÃO 12 - Anda descalço?**

- 1 - \_\_\_ só em casa
- 2 - \_\_\_ em casa e na rua
- 3 - \_\_\_ na rua
- 4 - \_\_\_ nunca anda descalço

**QUESTÃO 13 - Usa meias de que cor?**

- 1 - \_\_\_ claras e com costura
- 2 - \_\_\_ claras e sem costura
- 3 - \_\_\_ escuras e com costura
- 4 - \_\_\_ escuras e sem costura
- 5 - \_\_\_ escuras e claras sem costura
- 6 - \_\_\_ escuras e claras com costura



7 - outro? \_\_\_\_\_

**QUESTÃO 14 - Que tipo de meia usa?**

1 - \_\_\_ de algodão

2 - \_\_\_ de fio sintético

3 - -- de lã

4 - outro? \_\_\_\_\_

**QUESTÃO 15 - Verifica o calçado por dentro antes de usá-lo?**

1 - \_\_\_ sim

2 - \_\_\_ não

3 - \_\_\_ às vezes

**QUESTÃO 16 - Examina os pés?**

1 - \_\_\_ diariamente

2 - \_\_\_ semanalmente

3 - \_\_\_ mensalmente

4 - \_\_\_ trimestralmente

5 - \_\_\_ anualmente

Quem examina? \_\_\_\_\_

### **ANEXO 3**

Instrumento de colheita de dados dos Valores de Risco de Úlcera de Pé Diabético

**Registo de Valores de risco de úlcera de pé diabético**

**Pé Diabético** Data/Hora: 2013.06.11 17:32

O pé está em situação de risco quando se verifica a presença de qualquer das seguintes condições:

**Anamnese:**

	Sim	Não	NAv
1. Complicações tardias (diminuição acuidade visual,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2. Tabagismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3. Conhecimento não demonstrado (risco da doença, auto-vigilância...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
4. Condições socioeconómicas deficientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
5. Calçado e meias inadequados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<b>Tudo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Exame aos pés**

		Pé Direito			Pé Esquerdo		
		Sim	Não	NAv	Sim	Não	NAv
6.	Integridade cutânea alterada (secura, calosidades, gretas, micose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
7.	Presença de edema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8.	Deformidades do pé, com proeminências ósseas, ou dos dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
9. Neuropatia	a. Não detecção do monofilamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	b. Não detecção do diapasão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	c. Não detecção do algodão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	d. Reflexos alterados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10. Isquemia	a. Ausência do pulso pedioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	b. Ausência do pulso tibial posterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	c. Claudicação ou dor em repouso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	d. Cor e temperatura da pele alterada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	e. ITB alterado (< 0.9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
11.	Úlcera anterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	Amputação anterior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<b>Tudo</b>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Nota:**

**Baixo:** Ausência de neuropatia, isquemia, úlcera e amputação anterior; Deverá manter-se uma vigilância anual;

**Médio:** Presença de neuropatia - deverá manter-se uma vigilância semestral;

**Alto:** Existência de isquemia ou de neuropatia associada aos pontos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8, ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia. Deverá ser avaliado de 1 a 3 meses.

## **ANEXO 4**

Decreto-Lei n.º 113/2011

# MINISTÉRIO DA SAÚDE

## Decreto-Lei n.º 113/2011 de 29 de Novembro

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, prevê na base xxxiv medidas reguladoras do uso de serviços de saúde, designadamente as taxas moderadoras, as quais constituem uma das fontes de receita própria das instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde.(...)

Artigo 1.º

**Objecto**

(...)

Artigo 2.º

**Taxas moderadoras**

(...)

**Valor das taxas moderadoras**

(...)

Artigo 4.º

**Isenção de taxas moderadoras**

Artigo 5.º

(...)

**Isenção de encargos com transporte não urgente**

(...)

**Insuficiência económica**

1. Para efeitos do presente diploma, consideram-se em situação de insuficiência económica os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais (IAS).
2. Para efeitos do reconhecimento dos benefícios referidos nos artigos 4.º e 5.º, a condição de insuficiência económica é comprovada anualmente, sendo considerados os rendimentos do agregado familiar conhecidos no ano civil imediatamente anterior.
3. Para efeitos dos números anteriores, a determinação dos rendimentos, a composição do agregado familiar e a capitação dos rendimentos do agregado familiar, bem como os meios de comprovação do direito aos benefícios previstos nos artigos 4.º e 5.º, relativamente à verificação da condição de insuficiência económica, são estabelecidos em portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da saúde e da segurança social.
4. (...)

Artigo 7.º

**Cobrança de taxas moderadoras**

(...)

**Dispensa de cobrança de taxas moderadoras**

(...)

Artigo 9.º

**Alteração ao Decreto -Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho**

O artigo 1.º do Decreto -Lei n.º 70/2010, de 16 de Junho, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 1.º

[...]

Artigo 10.º

**Norma revogatória** São revogados:

- a) O Decreto -Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto, alterado pelos Decretos -Leis n.ºs 201/2007, de 24 de Maio, 79/2008, de 8 de Maio, e 38/2010, de 20 de Abril;
- b) O artigo 3.º da Portaria n.º 1319/2010, de 28 de Dezembro;
- c) A Portaria n.º 349/96, de 8 de Agosto.

Artigo 11.º

**Norma transitória**

(...)

Artigo 12.º

**Entrada em vigor**

O presente diploma entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 2012.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 29 de Setembro de 2011. — *Pedro Passos Coelho* — *Vitor Louçã Rabaça Gaspar* — *Álvaro Santos Pereira* — *Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo* — *Luís Pedro Russo da Mota Soares*.

Promulgado em 22 de Novembro de 2011

## **ANEXO 5**

Instrumentos de colheita de dados – pé diabético:

Diagnóstico Educacional

## ENTREVISTA – FASE 2

### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - PÉ DIABÉTICO: FACTORES COMPORTAMENTAIS PARA A SUA PREVENÇÃO DIAGNÓSTICO EDUCACIONAL

QUESTÃO 1 - Os pés devem ser lavados (com água e sabão) todos os dias

- 1 - ☐ sim
- 2 - ☐ não
- 3 - ☐ às vezes.
- 4 - ☐ só quando toma banho. Qual a frequência? \_\_\_\_\_

QUESTÃO 2 - Deve-se lavar os pés com

- 1 - ☐ sabão
- 2 - ☐ sabonete comum
- 3 - ☐ sabonete neutro
- 4 - ☐ água
- 5 - ☐ outro? \_\_\_\_\_

QUESTÃO 3 - Deve-se enxugar entre os dedos, sempre que os pés ficam molhados

- 1 - ☐ sim
- 2 - ☐ não
- 3 - ☐ às vezes

QUESTÃO 4 - Para remover calos deve-se usar

- 1 - ☐ lixa de papel e creme hidratante
- 2 - ☐ lixa de metal e creme hidratante
- 3 - ☐ pedra-ume ou pedra-pomes e creme hidratante
- 4 - ☐ pedra normal e creme hidratante
- 5 - ☐ substância química (calicida)
- 6 - ☐ outro? \_\_\_\_\_

QUESTÃO 5 - Deve-se aplicar creme hidratante

- 1 - ☐ entre os dedos e na sola do pé
- 2 - ☐ em cima e na sola do pé
- 3 - ☐ em cima, na sola e no calcanhar
- 4 - ☐ em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar?

QUESTÃO 6 - As unhas devem ser cortadas

- 1 - ☐ rente ao dedo quadrada (reta)
- 2 - ☐ rente ao dedo redonda (cortando os cantos)
- 3 - ☐ não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)
- 4 - ☐ não rente ao dedo quadrada (reta)

QUESTÃO 7 - Deve-se usar calçado aberto

- 1 - ☐ só em casa
- 2 - ☐ em casa e para sair
- 3 - ☐ na rua
- 4 - ☐ não usa

QUESTÃO 8 - O calçado que deve-se usar quanto à estrutura é

- 1 - ☐ folgado
- 2 - ☐ apertado
- 3 - ☐ justo
- 4 - ☐ macio e confortável

QUESTÃO 9 - O calçado que se deve usar quanto ao aspeto interno é

- 1 - ☐ sem costura
- 2 - ☐ com costura
- 3 - ☐ deixa marca nos pés
- 4 - ☐ com e sem costura

QUESTÃO 10 - Deve-se usar preferencialmente que tipo de meia

- 1 - ☐ de algodão
- 2 - ☐ de fio sintético
- 3 - ☐ de lã
- 4 - outro? \_\_\_\_\_

QUESTÃO 11 - Deve-se andar descalço

- 1 - ☐ só em casa
- 2 - ☐ em casa e na rua
- 3 - ☐ na rua
- 4 - ☐ nunca anda descalço

QUESTÃO 12 - Devem-se usar palmilhas no calçado

- 1 - ☐ fechado
- 2 - ☐ aberto
- 3 - ☐ tanto faz
- 4 - ☐ nenhum

QUESTÃO 13 - Deve-se verificar o calçado por dentro antes de usá-lo

- 1 - ☐ sim
- 2 - ☐ não
- 3 - ☐ às vezes



QUESTÃO 14 - Os pés devem ser examinados

- 1 - \_\_\_ diariamente
- 2 - \_\_\_ semanalmente
- 3 - \_\_\_ mensalmente
- 4 - \_\_\_ trimestralmente
- 5 - \_\_\_anualmente

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1**

Cronograma de Atividades

## Cronograma de Atividades

ANO		2013/14																									
Etapas do Planejamento em Saúde	Meses	Set	Outubro					Novembro					Dezembro					Janeiro					Fevereiro				Mar
	Semana	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39					
	Dias	30	7	14	21	25	4	11	18	25	2	9	20	6	13	20	27	3	10	17	24	3					
		4	11	18	25	29	8	15	22	29	6	13		10	17	24	31	7	14	21	28	7					
Definição de Prioridades	Atividades																										
Seleção de Estratégias																											
Elaboração do Projeto																											
Preparação da Execução																											
Execução																											
Avaliação/ Relatório																											

## **APÊNDICE 2**

Plano de sessão: “Apresentação do projeto à USFSJ”

## **Plano de sessão: “Apresentação do projeto à USFSJ”**

**Objetivo Geral:** Informar os profissionais pertencentes à USFSJ, do projeto a implementar, no período de Outubro de 2013 a Fevereiro de 2014

**Metas:** Que 80% dos profissionais da USFSJ estejam presentes na sessão

**Indicador de atividade:** Nº de profissionais presentes na sessão/ 23 x 100

**População alvo:** Profissionais de saúde da USFSJ (assistentes administrativos, enfermeiros, e médicos)

**Data:** 31 de Outubro de 2013

**Duração da sessão:** 20 minutos

**Local:** Sala de reuniões da USFSJ

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Duração</b>	<b>Método</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação: a) Formador, Enfermeiro orientador e de referência b) Tema	2 Minutos	Expositivo Slide 1
<b>Desenvolvimento</b>	a) Problemática e pertinência do projeto b) Referencial teórico e metodologia c) Diagnóstico de situação d) Definição de prioridades e) Objetivos f) Estratégias e intervenções	15 Minutos	Expositivo Slide 2 a 28
<b>Conclusão</b>	a) Esclarecimento de dúvidas b) Pedido de contributos para o projeto	3 Minutos	Participativo Slide 29
<b>Avaliação</b>	Indicador de atividade - Nº de profissionais presentes - $21/23 \times 100 = 91,3 \%$		

### **APÊNDICE 3**

Instrumento de Colheita de Dados para Caracterização  
Sociodemográfica da População

Instrumento de Colheita de Dados para Caracterização Sociodemográfica da População			
Variáveis		n	%
Sexo	• Feminino		
	• Masculino		
Idade	• 20 – 39 Anos		
	• 40 – 59 Anos		
	• 60 – 79 Anos		
	• + 80 Anos		
Escolaridade	• Sem informação		
	• Nível 0		
	• Nível 1		
	• Nível 2		
	• Nível 3		
	• Nível 4		
	• Nível 5		
	• Nível 6		



## **APÊNDICE 4**

Consentimento livre e esclarecido

Projeto de Intervenção Comunitária: “Promoção do Autocuidado ao Pé na Pessoa com Diabetes”

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, irá ser desenvolvido, na Unidade de Saúde Familiar S Julião, uma intervenção comunitária com a finalidade de promover o autocuidado ao pé na pessoa com diabetes. O projeto será desenvolvido pela enfermeira M<sup>a</sup> José Bento, mestranda do referido curso e enfermeira na USF S Julião.

É solicitada a sua colaboração no projeto através de resposta a um questionário, da realização de uma observação dos pés e participação em sessões de grupo com carácter educativo. Todas as atividades inerentes à intervenção serão realizadas nas instalações da USF S Julião.

As suas respostas serão anónimas e é garantida a confidencialidade dos dados. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Desde já grata pela sua colaboração.

---

(Maria José Bento)

---

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecias. Desta forma, aceito participar neste projeto de intervenção comunitária e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando na garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Data:

## **APÊNDICE 5**

Pedido de autorização à USF S Julião



Ex.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup> Coordenadora da USF de S Julião

Dr.<sup>a</sup> Helena febra

No âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver, um projeto de intervenção comunitária com a finalidade promover o autocuidado ao pé na pessoa com diabetes. Nesse sentido e tendo em conta que gostaria de desenvolver o projeto no ACES, mais propriamente na USF de S Julião venho por este meio solicitar autorização para consultar os dados clínicos dos utentes envolvidos no projeto e mencionar a USF de S Julião durante a execução do relatório do estágio e do projeto.

Obrigada pela atenção dispensada,

Nada a opôr

M. Helena

10/5/2013  
POR DESIGNAÇÃO DE COMPETÊNCIAS  
AUTORIZAÇÃO  
A COORDENADORA DA U. S. F. S. JULIÃO  
Dra. Maria Helena Febra

Os melhores cumprimentos

M. José Bento

M<sup>a</sup> José Bento

Oeiras, 9 de Maio, de 2013

## **APÊNDICE 6**

Pedido de autorização ao ACES Lisboa Ocidental e Oeiras



Autorizado  
B.L.N.  
23/07/2013  
A. Bento E. Jr.  
Gratuito por indicação  
B.L.N.  
19/07/2013

Agrupamento de Centros de Saúde  
Lisboa Ocidental e Oeiras  
Diretora Executiva  
Fátima Nogueira (Dra.)

Agrupamento de Centros de Saúde  
Lisboa Ocidental e Oeiras  
Diretora Executiva  
Fátima Nogueira (Dra.)

Ex.ª Sr.ª Diretora do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

Dr.ª Fátima Nogueira

O meu nome é Maria José Castro Bento, sou enfermeira a exercer funções na USF de S Julião. Estou a cursar o Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento estou a delinear o meu projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da problemática da diabetes, mais especificamente com a finalidade de promover o autocuidado ao pé nos utentes diabéticos. Nesse sentido e tendo em conta que gostaria de desenvolver o projeto no ACES, mais propriamente na USF de S Julião venho por este meio solicitar autorização para mencionar o nome do ACES durante a execução do relatório do estágio e do projeto.

Obrigada pela atenção dispensada,

Os melhores cumprimentos

É de admitir o nome  
do ACES neste trabalho  
de âmbito académico.  
22/07/2013  
Maria José Castro Bento

Mª José Bento

Mª José Bento

Oeiras, 04 Julho de 2013

Direção ACES Lisboa  
Ocidental e Oeiras  
Entrada nº 3880  
Data 19/07/2013 - Dr.ª F.N.

## **APÊNDICE 7**

Pedido de autorização para utilização do questionário  
à Mestre M<sup>a</sup> Antonieta Braz

**MARIA JOSÉ CASTRO BENTO**

21/05/13 ☆

Como estudante do 4º Mestrado de Especialização de Enfermagem Comunitária da ...

**brazantonieta@sapo.pt**

09/07/13 ☆



para mim ▾

Serve o presente, permitir a utilização do questionário elaborado para avaliação do Diagnóstico Comportamental e Diagnóstico Educacional na Tese de Mestrado: PÉ DIABÉTICO-FACTORES COMPORTAMENTAIS NA SUA PREVENÇÃO, no interesse demonstrado pela Sra Enfermeira Maria José Castro Bento, na avaliação do autocuidado realizado pelos utentes diabéticos e proceder à monitorização do risco de úlcera de pé com a aplicação SAPE/CIPE. de forma a ser realizada a priorização dos défices identificados e posteriormente, delinear estratégias no sentido de dar respostas a esses problemas.

Aguardo, conforme combinado, a cópia do trabalho realizado,

Os melhores cumprimentos,

Maria Antonieta Braz



## **APÊNDICE 8**

Resultados da Caracterização Sociodemográfica da População

**Quadro 15.** Resumo da caracterização Sociodemográfica da População

Variáveis		n	%
Sexo	• Feminino	21	30,9
	• Masculino	47	69,1
	Total	68	100
Idade	• 20 – 39 Anos	1	1,5
	• 40 – 59 Anos	10	14,7
	• 60 – 79 Anos	45	66,2
	• + 80 Anos	12	17,6
	Total	68	100
Escolaridade	• Sem informação	5	7,3
	• Nível 0	5	7,3
	• Nível 1	16	23,5
	• Nível 2	11	16,2
	• Nível 3	9	13,2
	• Nível 4	8	11,8
	• Nível 5	13	19,1
	• Nível 6	1	1,5
	Total	68	100

## **APÊNDICE 9**

Habilitações literárias

## HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

<b>Níveis</b>	<b>Habilitações</b>
Nível 0	Educação pré-primária
Nível 1	Educação primária ou primeiro estágio da educação básica - 4
Nível 2	Educação secundária inferior ou segundo estágio da educação básica - 6
Nível 3	Ensino secundário - 9
Nível 4	Ensino pós-secundário não superior (ou não terciário) - 12
Nível 5	Primeiro estágio do ensino superior (ou do ensino terciário) não conducente a uma qualificação avançada na área da investigação (bacharelato, licenciatura, mestrado)
Nível 6	Formação superior avançada (pós-graduada) conducente a uma qualificação na área da investigação (doutoramento)

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2011). Révision de la Classification Internationale Type de L'Éducation (CITE). *Conférence générale*.

## **APÊNDICE 10**

Resultados da avaliação dos Valores de  
Risco de Úlcera de Pé Diabético

**Quadro 16.** Resumo dos Resultados Valores de Risco de Úlcera de Pé Diabético

Variáveis			n	%
Anamnese	Complicações tardias	• Presentes	13	19,1
		• Ausentes	55	80,9
		Total	68	100
	Tabagismo	• Sim	10	14,7
		• Não	58	85,3
		Total	68	100
	Conhecimentos	• Demonstrado	19	28
		• Não demonstrado	49	72
		Total	68	100
	Condições socio-económicas deficientes	• Presentes	17	25
		• Ausentes	51	75
		Total	68	100
	Calçado e meias	• Adequadas	49	72
		• Não adequadas	19	28
		Total	68	100

**Exame aos pés**

Variáveis			n	%
Secura/calosidade/ micoses/gretas		• Presentes	26	38,2
		• Ausentes	42	61,8
		Total	68	100
Edema		• Presente	4	5,9
		• Ausente	64	94,1
		Total	68	100
Deformidades do pé		• Presente	8	11,8
		• Ausente	60	88,2
		Total	68	100

neuropatia	Deteção do monofilamento	• Presente	64	94,1
		• Ausente	4	5,9
		Total	68	100
	Deteção do diapasão	• Presente	55	80,9
		• Ausente	13	19,1
		Total	68	100
	Deteção do Algodão	• Presente	68	100
		• Ausente	0	0
		Total	68	100
	Reflexos	• Intactos	60	88,2
		• Alterados	8	11,8
		Total	68	100
Isquemia	Pulso pedioso	• Presente	63	92,6
		• Ausente	5	7,4
		Total	68	100
	Pulso tibial	• Presente	68	100
		• Ausente	0	0
		Total	68	100
	Claudicação ou dor em repouso	• Presente	1	1,5
		• Ausente	67	98,5
		Total	68	100
	Cor e temperatura da pele	• Alterada	2	2,9
		• Não alterada	66	97,1
		Total	68	100
	ITB alterado (< 0,9)	• Presente	3	4,4
		• Ausente	65	95,6
		Total	68	100

Úlcera anterior	• Presente	0	0
	• Ausente	68	100
	Total	68	100
Amputação anterior	• Presente	0	0
	• Ausente	68	100
	Total	68	100
Avaliação do risco	• Baixo	61	89,7
	• Médio	0	0
	• Alto	7	10,3
	Total	68	100



## **APÊNDICE 11**

Resultados do Questionário

As respostas assinaladas a verde são consideradas, as mais corretas.

**Quadro 17.** Pergunta 1 – Lava os pés todos os dias?

1.1 Sim	1.2 Não	1.3 Às vezes Qual a frequência?	1.4 Só quando toma banho Qual a frequência?
50 (73,5%)	0 (0%)	17 (25%)	1 (1,5%)
		1x semana - 1	
		2x semana - 4	
		3x semana - 5	
		4x semana - 7	4x semana - 1

**Quadro 18.** Pergunta 2 – O que usa para lavar os pés?

2.1 Sabão	2.2 Sabonete comum	2.3 Sabonete neutro	2.4 Água	2.5 Outro
1 (1,5%)	52 (76,5%)	13 (19,1%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)

**Quadro 19.** Pergunta 3 – Seca os pés entre os dedos sempre que lava os pés?

3.1 Sim	3.2 Não	3.3 Às vezes
60 (88,2%)	1 (1,5%)	7 (10,3%)

**Quadro 20.** Pergunta 4 – Para remover os calos usa?

4.1 Lixa de papel e creme hidratante	4.2 Lixa de metal e creme hidratante	4.3 Pedra- ume ou pedra- pomes e creme hidratante	4.4 Pedra normal e creme hidratante	4.5 Substância química (calicida)	4.6 Outro
15 (22%)	8 (11,8%)	8 (11,8%)	2 (2,9%)	1 (1,5%)	34 (50%)
					Não usa nada

**Quadro 21.** Pergunta 5 – Aplica creme hidratante?

5.1 Entre os dedos, na sola do pé e em cima	5.2 Em cima e na sola do pé	5.3 Em cima, na sola e no calcanhar	5.4 Em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar	5.5 Sem resposta
0 (0%)	2 (2,9%)	21 (30,9%)	33 (48,5%)	12 (17,6%)

Quadro 22. Pergunta 6 – Aplica creme nos pés, todos os dias?		
6.1 Sim	6.2 Não	6.3 Às vezes
26 (38,2%)	10 (14,7%)	32 (47%)

Quadro 23. Pergunta 7 – Corta as unhas?				
7.1 Rente ao dedo, quadrada (reta)	7.2 Rente ao dedo, redonda (cortando os cantos)	7.3 Não rente ao dedo, redonda (cortando os cantos)	7.4 Não rente ao dedo, quadrada (reta)	7.5 Se você não corta, quem o faz
12 (17,6%)	39 (57,3%)	11 (16,1%)	6 (8,8%)	12 (17,6%)
				APDP 1 (1,5%)
				Esposa 6 (8,8%)
				Manicura 5 (7,3%)

Quadro 24. Pergunta 8 – Usa calçado aberto?			
8.1 Só em casa	8.2 Em casa e para sair	8.3 Só para sair	8.4 Não usa
9 (13,2%)	51 (75%)	3 (4,4%)	5 (7,3%)

Quadro 25. Pergunta 9 – O calçado que usa quanto à estrutura é?			
9.1 Folgado	9.2 Apertado	9.3 Justo	9.4 Macio e confortável
37 (54,4%)	3 (4,4%)	13 (19,1 %)	15 (22%)

Quadro 26. Pergunta 10 – O calçado que usa quanto ao aspeto interno é?			
10.1 Sem costura	10.2 Com costura	10.3 Deixa marcas nos pés	10.4 Com e sem costuras
34 (50%)	3 (4,4%)	2 (2,9 %)	29 (42,6%)

Quadro 27. Pergunta 11 – Usa palmilhas no calçado?			
11.1 Fechado	11.2 Aberto	11.3 Tanto faz	11.4 Nenhum
8 (11,8%)	1 (1,5%)	11 (16,1%)	48 (70,6%)

Quadro 28. Pergunta 12 – Anda descalço?			
12.1 Só em casa	12.2 Em casa e na rua	12.3 Na rua	12.4 Nunca anda descalço
2 (2,9%)	17 (25%)	25 (36,8%)	24 (35,3%)

Quadro 29. Pergunta 13 – Usa meias de que cor?						
13.1 Claras e com costura	13.2 Claras e sem costura	13.3 Escuras e com costura	13.4 Escuras e sem costuras	13.5 Escuras e claras sem costura	13.6 Escuras e claras com costura	13.7 Outro
6 (8,8%)	2 (2,9%)	5 (7,3%)	7 (10,3%)	18(26,5%)	29(42,6%)	1 (1,5%)

Quadro 30. Pergunta 14 – Que tipo de meia usa?			
14.1 De algodão	14.2 De fio sintético	14.3 De lã	14.4 Outro
46 (67,6%)	14 (20,6%)	0 (0%)	8 (11,8%)

Quadro 31. Pergunta 15 – Verifica o calçado por dentro antes de usá-lo?		
15.1 Sim	15.2 Não	15.3 Às vezes
21 (30,9%)	33 (48,5%)	14 (20,6%)

Quadro 32. Pergunta 16 – Examina os pés?					
16.1 Diária Mente	16.2 Semanal mente	16.3 Mensal mente	16.4 Trimestral mente	16.5 Anual mente	16.6 Quem examina
30 (44,1%)	20 (29,4%)	11 (16,1%)	2 (2,9%)	5 (7,3%)	O próprio 62 (91,2%)
					Esposa 6 (8,8%)

## **APÊNDICE 12**

Resultado do Questionário Agrupado por Problemas

% de pessoas que respondam corretamente a cada questão colocada acerca do autocuidado a realizar ao PD					
Questão	Hipótese de resposta	% de respostas			
		n	%	n	%
Deve-se aplicar creme hidratante	1 - Entre os dedos e na sola do pé	0	0	340	100
	2 - Em cima e na sola do pé	2	2,9		
	3 - Em cima, na sola e no calcanhar	21	30,9		
	4 - Em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar	33	48,5		
	5 - Sem resposta	12	17,6		
		68	100		
As unhas devem ser cortadas	1 - Rente ao dedo quadrada (reta)	12	12,7		
	2 - Rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	39	57,3		
	3 - Não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	11	16,1		
	4 - Não rente ao dedo quadrada (reta)	6	8,8		
		68	100		
Deve-se andar descalço	1 - Só em casa	2	2,9		
	2 - Em casa e na rua	17	25		
	3 - Na rua	25	36,8		
	4 - Nunca andar descalço	24	35,3		
		68	100		
Devem-se usar palmilhas no calçado	1 - Fechado	8	11,8		
	2 - Aberto	1	1,5		
	3 - Tanto faz	11	16,1		
	4 - Nenhum	48	70,6		
		68	100		
Deve-se verificar o calçado por dentro antes de usá-lo	1 - Sim	21	30,9		
	2 - Não	33	48,5		
	3 - Às vezes	14	20,6		
		68	100		

% de pessoas que respondam corretamente às questões sobre os <b>materiais corretos</b> para o autocuidado ao pé PD					
Questão	Hipótese de resposta	% de respostas			
		n	%	n	%
Deve-se lavar os pés com	1 - Sabão	1	1,5	408	100
	2 - Sabonete comum	52	76,5		
	3 - Sabonete neutro	13	19,1		
	4 - Água	1	1,5		
	5 - Outro	1	1,5		
		68	100		
Para remover calos deve-se usar	1 - Lixa de papel e creme hidratante	15	22		
	2 - Lixa de metal e creme hidratante	8	11,8		
	3 - Pedra-ume ou pedra-pomes e creme hidratante	8	11,8		
	4 - Pedra normal e creme hidratante	2	2,9		
	5 - Substância química (calicida)	1	1,5		
	6 - Outro	34	34		
		68	100		
Deve-se usar calçado aberto	1 - Só em casa	9	13,2		
	2 - Em casa e para sair	51	75		
	3 - Na rua	3	4,4		
	4 - Não usar	5	7,3		
		68	100		
O calçado que deve-se usar quanto à estrutura é	1 - Folgado	37	54,4		
	2 - Apertado	3	4,4		
	3 - Justo	13	19,1		
	4 - Macio e confortável	15	22		
		68	100		

O calçado que se deve usar quanto ao aspecto interno é	1 - Sem costura	34	50		
	2 - Com costura	3	4,4		
	3 - Deixa marca nos pés	2	2,9		
	4 - Com e sem costura	29	42,6		
		68	100		
Deve-se usar preferencialmente que tipo de meia	1 - De algodão	46	67,6		
	2 - De fio sintético	14	20,6		
	3 - De lã	0	0		
	4 - Outro	8	11,8		
		68	100		

% de pessoas que respondam corretamente à questão colocada acerca da observação diária do PD					
Questão	Hipotese de resposta	% de respostas			
		n	%	n	%
Os pés devem ser examinados	1 - Diariamente	30	44,1	68	100
	2 - Semanalmente	20	29,4		
	3 - Mensalmente	11	16,1		
	4 - Trimestralmente	2	2,9		
	5 - Anualmente	5	7,3		
		68	100		



## **APÊNDICE 13**

Cronograma de GANT

Atividades	Outubro	Novembro	Dezembro
Elaboração de Guia: Um olhar sobre o Pé Diabético			
Elaboração de Guia: Pé Diabético - Proteja-o			
Sessão de EpS: Pé Diabético - Vamos cuidar melhor dos nossos pés			
Sessão de EpS: Pé Diabético - Observação do pé diabético			

## **APÊNDICE 14**

Plano de sessão:

“Pé Diabético - Vamos cuidar melhor dos nossos pés”

## Plano de sessão: “Pé Diabético - Vamos cuidar melhor dos nossos pés”

**Objetivo Geral:** Promover o autocuidado ao pé, na pessoa com diabetes pertencente à comunidade estudada da USFSJ, no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

**Objetivos Específicos:** Aumentar para 65% as PcD, pertencentes à comunidade estudada, que demonstre possuir conhecimentos acerca do autocuidado a realizar ao PD

Aumentar para 50% as PcD, pertencentes à comunidade estudada, que demonstre possuir conhecimentos acerca dos materiais corretos para o autocuidado ao PD

**População alvo:** Grupo de PcD pertencentes à comunidade estudada

**Data:** 27/11/13 às 18h30; 28/11/13 às 10h00 e 29/11/13 às 10h00

**Duração da sessão:** 45 minutos

**Local:** Sala de reuniões da USFSJ

Etapa	Conteúdo	Duração	Métodos	Recursos
Introdução	a) Apresentação: Formador/participantes b) Objetivos	2 Minutos	Expositivo	Slide 1 a 8
Desenvolvimento	g) Diagnóstico de situação h) Autocuidado a realizar ao pé diabético <ul style="list-style-type: none"><li>Higiene</li><li>Hidratação</li><li>Secagem</li><li>Unhas</li><li>Calosidades e hiperqueratoses</li><li>Sapatos e meias</li><li>Palmilhas</li><li>Temperatura</li></ul>	35 Minutos	Expositivo Demonstrativo Participativa	Slides 9 a 32
Conclusão	c) Distribuição de material de apoio à sessão d) Apresentação do plano da 2ª sessão e) Pedido de colaboração para a 2ª sessão f) Agradecimento pela presença	8 Minutos	Expositivo Participativa	Slide 33 a 34
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"><li>Presença dos participantes na sessão</li><li>Questionário para avaliação da sessão</li></ul>			

## **APÊNDICE 15**

Plano de sessão:

“Pé Diabético - Observação do pé diabético”

## Plano de sessão: “Pé Diabético - Observação do pé diabético”

**Objetivo Geral:** Promover o autocuidado ao pé, na pessoa com diabetes pertencente à comunidade estudada da USFSJ, no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014.

**Objetivos Específicos:** Que 70% das pessoas com diabetes, pertencentes à comunidade estudada, identifique a importância da observação diária do PD

**População alvo:** Grupo de pessoas com diabetes pertencentes à comunidade estudada

**Data:** 4/12/13 às 18h30; 5/12/13 às 10h00 e 6/12/13 às 10h00

**Duração da sessão:** 45 minutos

**Local:** Sala de reuniões da USFSJ

Etapa	Conteúdo	Duração	Métodos	Recursos
Introdução	c) Resumo da 1ª sessão	2 Minutos	Expositivo Participativa	Slide 1 a 4
Desenvolvimento	i) Observação do pé j) Tratamento de feridas k) Identificação em desenho do pé (individual) das alterações e execução de plano de cuidados	40 Minutos	Expositivo Demonstrativo Participativa	Slides 5 a 25
Conclusão	g) Agradecimento pela presença	3 Minutos	Expositivo Participativa	Slide 33 a 34
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presença dos participantes na sessão</li><li>• Questionário para avaliação do grau de satisfação da sessão</li></ul>			

## **APÊNDICE 16**

Sessão de EpS: Pé Diabético

Vamos cuidar melhor dos nossos pés

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

4º CURSO DE MESTRADO  
EM ENFERMAGEM  
Área de Especialização em  
Enfermagem Comunitária

# Pé Diabético

## Vamos cuidar melhor dos nossos pés

Novembro 2013  
Mª José Bento

1

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

# Complicações

As complicações provocadas pela DM são responsáveis pela diminuição da qualidade de vida, incapacidades e morte.

<http://trials.com/curstalk/wp-content/blogs.dir/7/files/2011/01/diabetesComplications.jpg>

4

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

# Diabetes

A diabetes mellitus é uma das doenças crónicas não transmissível mais comum no mundo, e tem vindo a aumentar de uma forma significativa.

Quadro 1. Número absoluto e Prevalência de pessoas entre os 20 e os 79 anos com diabetes no Mundo e em Portugal, no ano de 2011

2011	Número absoluto	Prevalência
Mundo	366 milhões	8,3%
Portugal	1,003 milhões	12,7%
USF S Julião	830	7,5%

2

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

# Complicações

O pé é uma das estruturas atingidas pelas complicações tardias da DM sendo o "Pé Diabético" (PD) uma das complicações mais graves que ocorrem na pessoa com diabetes.

(Bakker, Apelqvist, & Schaper, 2012)

A diabetes é responsável por 7 em cada 10 das amputações não traumáticas.

É estimado que 1 em cada 4 das pessoas com diabetes tem condições favoráveis ao aparecimento de lesões nos pés.

(Ministério da Saúde, 2011 (a))

5

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

# Diabetes

## O que é?

Diabetes é uma doença que ocorre quando o pâncreas não consegue produzir insulina suficiente ou o organismo não consegue utilizar a insulina de forma eficaz. Esta situação provoca hiperglicemias que, mantidas ao longo do tempo, causam danos em muitos sistemas do organismo com consequências graves, irreversíveis e causadoras de morbilidade e morte precoce.

3

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

# Complicações

O termo "pé diabético" abrange um conjunto de doenças:

- Neuropatia diabética
- Doença vascular periférica
- Neuroartropatia de Charcot
- Infecção
- Ulceração
- Amputação

Complicações da diabetes, na população Portuguesa

ANO	Internamentos Hospitalares por "pé diabético"	Nº de Amputações dos Membros Inferiores por Diabetes
2010	1834	1612
2011	1803	1456

(Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013)

6



## O que podemos fazer para melhorar esta situação?

7

- 7 pessoas alto risco de úlcera do pé
- 61 pessoas baixo risco de úlcera do pé
- Cuidados deficientes a nível da:
  - ✓ escolha do produto para a higiene do pé
  - ✓ tratamento das calosidades e hiperqueratoses
  - ✓ hidratação da pele
  - ✓ corte das unhas
  - ✓ escolha do tipo de sapato e da meia
  - ✓ proteção das agressões externas
  - ✓ observação dos pés

10

### A pessoa com diabetes:

- Melhorar o autocuidado aos pés
- Usar os produtos adequados para cuidar dos pés
- Estar atento às alterações que surjam
- Procurar um profissional se surgirem alterações

### O enfermeiro:

- Informar, ensinar e treinar a pessoa com diabetes a cuidar dos seus pés
- Vigiar, de acordo com as necessidades, os pés da pessoa com diabetes

8

## Autocuidado ao Pé



<http://citta-america.com/blog/wp-content/uploads/2012/01/p%C3%A9.jpg>

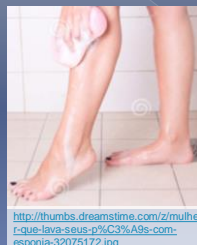
11

## Qual a situação encontrada?

9

## Higiene

### Qual a frequência com que devo lavar os pés?



- Diariamente
- Água morna
- Água corrente

<http://thumbs.dreamstime.com/z/mulher-que-lava-seus-p%C3%A9s-com-esponja-32075172.jpg>

12

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Higiene**

Qual a frequência com que devo lavar os pés?



- Diariamente
- Água morna
- 1 pé de cada vez
- **Não deixar de molho**

[http://a2.mhl.com/image/getcf19464/images/area.cgm/2012/05/16/FOTO4\\_CERTOERRADO\\_escaldape\\_s20120516030712.jpg](http://a2.mhl.com/image/getcf19464/images/area.cgm/2012/05/16/FOTO4_CERTOERRADO_escaldape_s20120516030712.jpg)

13

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Higiene**

Devo aplicar creme hidratante?



- Diariamente
- Em cima
- Na sola
- No calcanhar

<http://www.zun.com.br/fotos/2011/10/Hidrata%C3%A7%C3%A3o-nos-p%C3%A9s.jpg>

16

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Higiene**

Que produto devo usar para lavar os pés?



Sabonete Neutro

- Usar sabonete hidratante
- Lavar com a mão, esponja natural ou luva turca macia
- **Não usar sabão azul e branco**

[http://www2.eerp.usp.br/ele/gruposd/estudos/calosidades.php?option=com\\_content&view=article&id=38&Itemid=64](http://www2.eerp.usp.br/ele/gruposd/estudos/calosidades.php?option=com_content&view=article&id=38&Itemid=64)

14

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Calosidades**

O que são?



<http://www.cl-podologia.pt/www/images/democontent/calos.jpg>


[http://www.pelight.com.br/images/Calos\\_1\\_magem.jpg](http://www.pelight.com.br/images/Calos_1_magem.jpg)

17

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Higiene**

Devo secar os espaços entre os dedos do pé?



- Toalha de algodão
- Papel absorvente

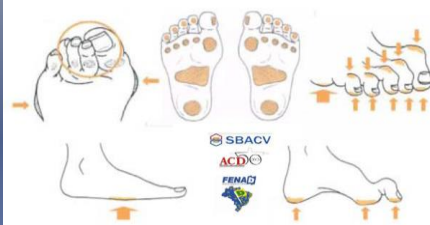
[http://3.bp.blogspot.com/\\_7U6Jzw4y0AA/T9PwUM8WbqI/AAAAAAAAAE0/8f7YkcGqGJ4/s1600/secando.jpg](http://3.bp.blogspot.com/_7U6Jzw4y0AA/T9PwUM8WbqI/AAAAAAAAAE0/8f7YkcGqGJ4/s1600/secando.jpg)

15

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Calosidades**

Onde é mais frequente surgirem?



[http://1.bp.blogspot.com/\\_Sen7Bwng2h/TdPC13F\\_II/AAAAAAAAA07y8\\_bUe8o9Y/s1600/CARTAZ-peridibetico\\_Page\\_1.jpg](http://1.bp.blogspot.com/_Sen7Bwng2h/TdPC13F_II/AAAAAAAAA07y8_bUe8o9Y/s1600/CARTAZ-peridibetico_Page_1.jpg)

18

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Calosidades e hiperqueratoses

### O que usar para remover calosidades e hiperqueratoses?




- Hidratação diária
- Lixa de papel semanalmente

<http://www.zun.com.br/fotos/2011/10/Hidratar%C3%A7%C3%A3o-nos-p%C3%AAs.jpg>

[http://www.lscosmeticos.com/fotos/1372267638\\_1339060128.jpg](http://www.lscosmeticos.com/fotos/1372267638_1339060128.jpg)

20

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Calçado




[http://calcadodesportivo.com/calcao\\_crianca.htm](http://calcadodesportivo.com/calcao_crianca.htm)

[http://calcadodesportivo.com/images627/unha\\_negra\\_espaco\\_expansao.jpg](http://calcadodesportivo.com/images627/unha_negra_espaco_expansao.jpg)

• Biqueira larga e alta




<http://imgf.org/wp-content/uploads/2013/03/1-dmr2253-no-1.pdf>

25

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Unhas

### Como devo tratar as unhas?




- Limar as unhas retas
- **Não** rentes ao dedo
- Semanalmente

<http://imgf.org/wp-content/uploads/2013/03/1-dmr2253-no-1.pdf>

Limar com lixa de cartão




<http://decorandounhas.com.br/como-fazer-as-unhas-dois-passos/>

21

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Calçado

### Devo observar o interior do sapato antes de o calçar?

<http://km-stressnet.blogspot.pt/2008/01/diabetes-as-complicaes-preveno-e-o.html>

- Sacudir
- Olhar
- Colocar a mão

26

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Calçado

### Devo usar sapatos abertos?



- **Não** porque são fonte de lesões
- **Não** porque não protegem os pés de lesões externas

<http://www.gp1.com.br/images/kim-kardashian-mostra-os-pes-inchados-184743.jpg>

22

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Calçado

### Quais as meias indicadas para usar?



- De cor clara
- De algodão ou lã
- Justas
- **Sem** elásticos
- **Sem** costuras
- Mudar diariamente

<http://diabeticosaudavel.files.wordpress.com/2011/12/eurosock.png>

27

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Calçado**

Devo andar descalço?



<http://zerohora.riodirect.com/images/c/12717340.jpg?w=620>

28

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Temperatura**

Como posso aquecer os pés?




- Usar apenas roupa, meias de lã, mantas ou cobertores
- **Não** usar sacos de água quente
- **Não** usar aquecedores
- **Não** usar lareiras

31

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Calçado**

O que fazer na praia!



[http://img.alibaba.com/photo/672654375/hot\\_sale\\_adult\\_size\\_shoe\\_fabric\\_beach\\_shoes.jpg](http://img.alibaba.com/photo/672654375/hot_sale_adult_size_shoe_fabric_beach_shoes.jpg)

Usar sempre sapatos para evitar **queimaduras** causadas pela areia e **lesões** causadas pelas conchas e pedras

29

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Próxima sessão**

**Dia 4/12 às 18 horas**

**Temas :**

- Observação do pé
- Como atuar nas alterações encontradas

**Trazer :**


- Desenho do pé com identificação de alterações
- Voluntário para exemplificar

32

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Calçado**

Devo usar palmilhas?



- Ajudam a distribuir o peso
- Ajudam a diminuir a pressão sobre as calosidades

Adaptadas ao pé

30

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Obrigada!**

33

## **APÊNDICE 17**

Sessão de EpS:

Pé Diabético - Observação do pé diabético

## Pé Diabético

### Observação do pé diabético (2ª Sessão)

Dezembro 2013  
Mª José Bento

1

## Resumo 1ª sessão



### Higiene

- Frequência
- Hidratação
- Produto
- Secagem



### Cuidados

- Calosidades e hiperqueratoses
- Unhas



### Proteção

- Calçado
- Palmilhas
- Meias
- Temperatura

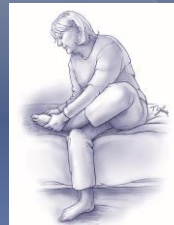
## Resumo 1ª sessão

- Diabetes
- Situação mundial, em Portugal e USF S. Julião
- Complicações – Pé Diabético
- O que podemos fazer para melhorar esta situação?
- A pessoa com diabetes
- O enfermeiro

2

## Observação do pé

### Qual a frequência da observação do pé?



[http://calcadodesportivo.com/calçado\\_p\\_e\\_diabetico.htm](http://calcadodesportivo.com/calçado_p_e_diabetico.htm)

- Diariamente
- No fim do dia
- Com boa luminosidade
- Numa posição confortável e segura

5

## Autocuidado ao Pé



<http://citta-america.com/blog/wp-content/uploads/2012/01/n%C3%A9A9.jpg>

3

## Observação do pé



[http://www2.eerp.usp.br/ite/grupos/feridas/orcas/images/stories/pe20/pe-201\\_exam1.jpg](http://www2.eerp.usp.br/ite/grupos/feridas/orcas/images/stories/pe20/pe-201_exam1.jpg)

- Use um espelho para observar a planta do pé
- Peça ajuda a um familiar

6



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Observação do pé

Devo estar atento a:

**Aspeto geral**

- Meias com marcas
- **Edema**
- Cor
- Temperatura
- **Descamação da pele**
- Assimetria



<http://br.innetia.com/imagens/8891.jpg>

7

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Observação do pé

Devo estar atento a:

**Cantos encravados**

**Unhas**

**Hematomas**

**Fungos**



<http://maisdebeleza.com.br/content/uploads/2013/11/Unha-encravada.jpg>



<http://www.tolosantesedspis.com/wp-content/uploads/2011/04/Hematoma-subungueal-do-dedo-grande-do-p%C3%A9-esquerdo.jpg>



[http://3.bp.blogspot.com/\\_0MRISAAshvI/UzUCGe30etIAAAAAAAGcN1YPU6seARm/s400/unha-com-micose.png](http://3.bp.blogspot.com/_0MRISAAshvI/UzUCGe30etIAAAAAAAGcN1YPU6seARm/s400/unha-com-micose.png)

8


**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Edema

O que devo fazer?

**Pé normal** **Pé com edema**

- Fazer exercício aos pés
- Fazer elevação das pernas
- Ter mais atenção aos sapatos que vou usar
- Se não diminuir, informar o médico de família



<http://centercintas.files.wordpress.com/2013/08/movimento-circular-com-pc3a9s1.jpg?w=800>


20

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Unhas encravadas

O que devo fazer?

- Procurar um enfermeiro
- Confirmar se o corte esta a ser realizado de forma correta



<http://decorandounhas.com.br/como-fazer-as-unhas-dos-pea/>

22

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Descamação da pele

O que devo fazer?

- Hidratar diariamente
- Secar bem os pés
- Mudar de meias diariamente
- Mudar o creme hidratante



SFS

[http://2.bp.blogspot.com/\\_snQ4Q-rv\\_YsT/ChgavmPIAAAAAAAUZu2vONQT\\_14es/s1600/Imagem\\_pedis38.jpg](http://2.bp.blogspot.com/_snQ4Q-rv_YsT/ChgavmPIAAAAAAAUZu2vONQT_14es/s1600/Imagem_pedis38.jpg)


21

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Unhas com hematoma

O que devo fazer?

- Vigiar o surgimento de:
  - Dor
  - Vermelhidão no dedo
  - Pus
- Avaliar a causa



espaço para o pé expandir naturalmente.

[http://calçadosdesportivo.com/imagens627/unha\\_negra\\_espaço\\_expansao.jpg](http://calçadosdesportivo.com/imagens627/unha_negra_espaço_expansao.jpg)

23

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Unhas com fungos

O que devo fazer?



- Medicação oral
- Medicação local
- Vinagre de cidra
- Limar a unha na parte superior

[http://pesquisaandor.hostid.com/images/unhas\\_208](http://pesquisaandor.hostid.com/images/unhas_208)

24

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Gretas

Normalmente causado pela presença de humidade

O que devo fazer?



- Secar bem entre os dedos
- Não aplicar creme entre os dedos
- Se não melhorar em 3 dias contactar o seu enfermeiro

<http://2.bp.blogspot.com/-3R3hwYXmgVQ/TStevu42Nw/AAAAAAAEZ1h1Eu3ZBd4Q/s400/p%25C3%25A9+de+atista+44.jpg>

25

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Observação do pé

Devo estar atento a:

**Espaços entre os dedos**



- Humidade
- Gretas
- Calosidades

<http://www.soudiabetico.com.br/noticias/ocuidados-com-o-pe-diabetico>

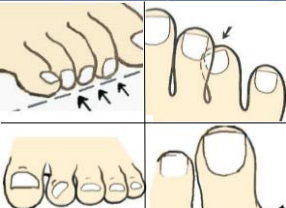
9

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Observação do pé

Devo estar atento a:

**Dedos**



- Deformidades
- Calosidades
- Bolhas

<http://mdemulherabril.com.br/imagens/bem-estar/inter/slideshow/pos-dedos-pes-02.jpg>

10

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Humidade

A humidade nos espaços interdigitais pode originar uma infeção por fungos

O que devo fazer?



- Secar bem entre os dedos
- Não aplicar creme entre os dedos
- Se apresentar lesão contactar o seu enfermeiro

<http://www.podologia.com.pt/wp-content/uploads/infec%C3%A7%C3%A3o-F%C3%BAngica-do-p%C3%A9-fig-1.jpg>

25

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Deformidades dos dedos

O que devo fazer?




[https://healthy.kaiserpermanente.org/statichealth-encyclopedia/es-us/kb/media/medical/fws\\_h9991461\\_003.jpg](https://healthy.kaiserpermanente.org/statichealth-encyclopedia/es-us/kb/media/medical/fws_h9991461_003.jpg)

<http://01.lifimg.com/esp/hotob/0349783311/free-shippinga-foot-care-Silicone-foam-toe-b-font-font-b-Toe-b-font-Crest.jpg>



<http://www.vitalisud.cl/activos/magazines/tema/na%20podologo/art%20pe%20para%20pies/separador%20dedos%20ovalado.jpg>

27



**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Observação do pé

Devo estar atento a:

### Calos

- Tamanho
- Sensibilidade
- Coloração
- Novas localizações



<http://patriciaportes.com/wp-content/uploads/2010/11/calos2.jpg>

11

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Calos

### O que devo fazer?



<http://palmtherapeutics.blogspot.pt/2012/03/diga-me-como-andas-e-le-diz-porque.html>



[http://www.loaimpec.com.br/produto/Protetor\\_de\\_Calo\\_Creme\\_p2.jpg](http://www.loaimpec.com.br/produto/Protetor_de_Calo_Creme_p2.jpg)




<http://semprebelas.com/wp-content/uploads/2010/12/tratar-calos-e-jornadas.jpg>

14


**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Observação do pé


### O que podem provocar?




Formação da calosidade



Hemorragia subcutânea



Rutura da pele



Infeção com compromisso do osso

<http://wgdl.org/wp-content/uploads/2013/03/1-dmr2253-no-1.pdf>

12

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Tratamento de feridas

### O que devo fazer?

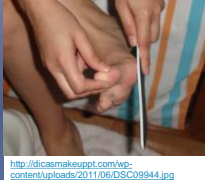
- Lavar com soro fisiológico ou água limpa
- Tampar com compressa seca
- Usar adesivo antialérgico
- Mostrar a um enfermeiro

15

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Calos

### O que devo fazer?



<http://dicasmakeuppt.com/wp-content/uploads/2011/06/DSC09944.jpg>

- Hidratação diária
- Lixa de papel semanalmente
- Proteger a zona das pressões internas e externas

13

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

## Tratamento de feridas

### O que Não devo fazer?

- **Não** usar produtos que alterem a cor da pele (mercurocromo e tintura de iodo)
- **Não** usar algodão

16

Pés felizes!



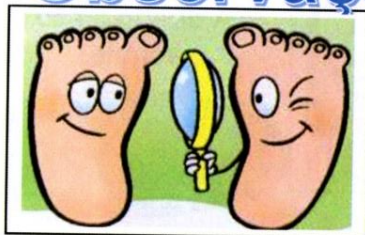
[http://www.semanaonline.com.br/edicoes/2012/27/dados/fotos/viver\\_bem/pes.jpg](http://www.semanaonline.com.br/edicoes/2012/27/dados/fotos/viver_bem/pes.jpg)

Obrigada!

## **APÊNDICE 18**

Guia: Um olhar sobre o Pé Diabético

## Observação



**Diária**

No fim do dia  
Com boa luminosidade  
Numa posição confortável

Esteja atento a:

Alteração de cor  
Inchaços  
Bolhas, gretas, feridas e  
calos



Se tiver dificuldade  
**peça ajuda**

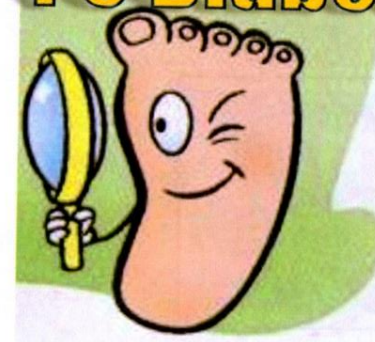
## Tratamento de feridas

Lave com soro fisiológico ou água  
Tape com uma compressa  
Use adesivo antialérgico  
Procure um enfermeiro

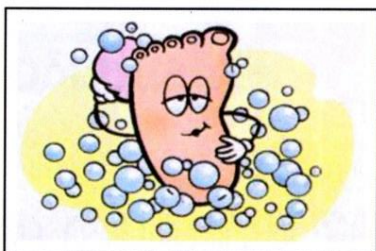
### Não use

- Produtos que alterem a cor da pele
- Algodão

## Um olhar sobre o Pé Diabético







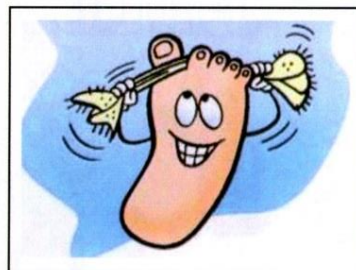
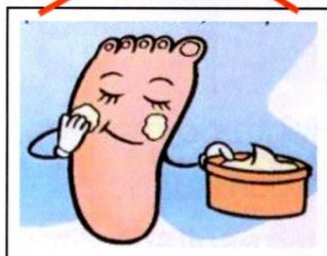
## Higiene

**Diária**

Água morna corrente  
Sabonete neutro e  
hidratante

Enxugar muito bem,  
principalmente entre os dedos

**NÃO**  
Deixar de molho



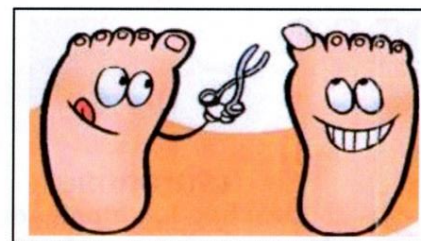
**Usar** creme hidratante

Entre os dedos  
**NÃO**

## Calos

**Hidratar**

**USAR**  
Lixa de papel



## Unhas

A direito e não  
rentes

**USAR**  
Lixa de papel

## Sapatos e meias

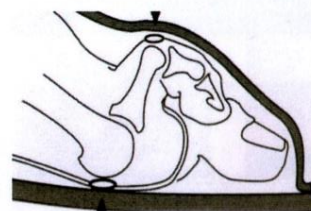


Com espaço para  
o pé expandir  
naturalmente

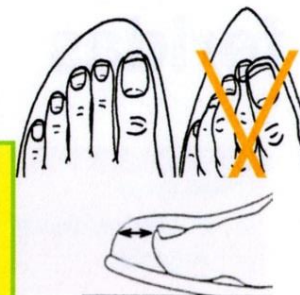
Confortáveis  
**Sem** costuras  
Usar sempre meias

**NÃO:**  
Usar saltos  
Andar descalço  
Usar sandálias

Comprar sapatos  
no fim do dia



Observe o  
interior do  
sapato  
antes de o  
calçar



## **APÊNDICE 19**

Guia: Pé Diabético - Proteja-o



Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	4x 4.49	4	4.5	-



Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	-	-	3.65	3.25



Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	-	-	-	19



# Pé Diabético Proteja-o

**Material de apoio**



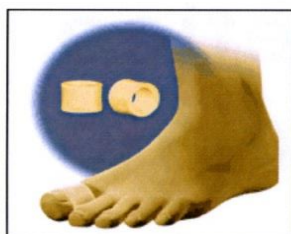
Realizado por: Mº José Bento  
4º Mestrado em Enfermagem Comunitária  
Dezembro 2013



Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	2x 5.4	2x 5.50	1x 6.05	4.95 - 6.95



Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	11.89 €	-	8.49 €	5.69 - 12.5€



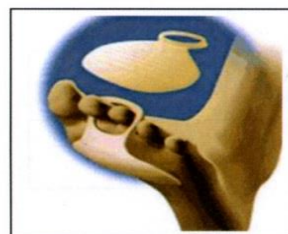
Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	5.2	7	7.4	9.2



Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	-	6	10.09	5.50 - 7.5



Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	5.6	5.5	5.15	4.5



Loja	Well's Continente	Orto Oeiras	Sacoor	Internet
Preço	7.8	12	8.45	-



## **APÊNDICE 20**

Avaliação da Satisfação dos Utentes

## Questionário de Avaliação da Satisfação da sessão

Coloque um X na opção correspondente

Pé diabético - Vamos cuidar melhor dos nossos pés			
Novembro/2013			
Pergunta	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Como se sente em relação à utilidade da Sessão			
Como se sente em relação à utilidade dos materiais mostrados			

**Sugestões:**

---

---

---

---

---

**Obrigada**

## Questionário de Avaliação da Satisfação da sessão

Coloque um X na opção correspondente

Pé diabético - Proteja-o			
Dezembro/2013			
Pergunta	Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Como se sente em relação à utilidade da Sessão			
Como se sente em relação à utilidade dos materiais mostrados			

**Sugestões:**

---

---

---

---

---

**Obrigada**

## **APÊNDICE 21**

Indicadores de resultado

Indicadores de Resultado					
% de pessoas que respondam corretamente a cada questão colocada acerca do autocuidado a realizar ao PD					
Questão	Hipotese de resposta	% de respostas			
		n	%	n	%
Deve-se aplicar creme hidratante	1 - Entre os dedos e na sola do pé	2	4,2	235	100
	2 - Em cima e na sola do pé	14	29,8		
	3 - Em cima, na sola e no calcanhar	31	67		
	4 - Em cima, na sola, entre os dedos e no calcanhar	0	0		
		47	100		
As unhas devem ser cortadas	1 - Rente ao dedo quadrada (reta)	26	55,4		
	2 - Rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	1	2,1		
	3 - Não rente ao dedo redonda (cortando os cantos)	0	0		
	4 - Não rente ao dedo quadrada (reta)	20	42,5		
		47	100		
Deve-se andar descalço	1 - Só em casa	5	10,6		
	2 - Em casa e na rua	0	0		
	3 - Na rua	0	0		
	4 - Nunca andar descalço	42	89,4		
		47	100		
Devem-se usar palmilhas no calçado	1 - Fechado	41	87,3		
	2 - Aberto	1	2,1		
	3 - Tanto faz	0	0		
	4 - Nenhum	5	10,6		
		47	100		
Deve-se verificar o calçado por dentro antes de usá-lo	1 - Sim	46	97,9		
	2 - Não	0	0		
	3 - Às vezes	1	2,1		
		47	100		

% de pessoas que respondam corretamente às questões sobre os materiais corretos para o autocuidado ao pé PD					
Questão	Hipotese de resposta	% de respostas			
		n	%	n	%
Deve-se lavar os pés com	1 - Sabão	3	6,4	282	100
	2 - Sabonete comum	3	6,4		
	3 - Sabonete neutro	41	87,2		
	4 - Água	0	0		
	5 - Outro	0	0		
		47	100		
Para remover calos deve-se usar	1 - Lixa de papel e creme hidratante	42	89,4		
	2 - Lixa de metal e creme hidratante	3	6,4		
	3 - Pedra-ume ou pedra-pomes e creme hidratante	2	4,2		
	4 - Pedra normal e creme hidratante	0	0		
	5 - Substância química (calicida)	0	0		
	6 - Outro	0	0		
		47	100		
Deve-se usar calçado aberto	1 - Só em casa	18	38,3		
	2 - Em casa e para sair	0	0		
	3 - Na rua	0	0		
	4 - Não usar	29	61,7		
		47	100		
O calçado que deve-se usar quanto à estrutura é	1 - Folgado	39	83		
	2 - Apertado	0	0		
	3 - Justo	0	0		
	4 - Macio e confortável	8	17		
		47	100		

O calçado que se deve usar quanto ao aspecto interno é	1 - Sem costura	46	97,9		
	2 - Com costura	0	0		
	3 - Deixa marca nos pés	0	0		
	4 - Com e sem costura	1	2,1		
		47	100		
Deve-se usar preferencialmente que tipo de meia	1 - De algodão	47	100		
	2 - De fio sintético	0	0		
	3 - De lã	0	0		
	4 - Outro	0	0		
		47	100		

% de pessoas que respondam corretamente à questão colocada acerca da observação diária do PD					
Questão	Hipotese de resposta	% de respostas			
		n	%	n	%
Os pés devem ser examinados	1 - Diariamente	46	97,9	47	100
	2 - Semanalmente	1	2,1		
	3 - Mensalmente	0	0		
	4 - Trimestralmente	0	0		
	5 - Anualmente	0	0		
		47	100		

